

## 医療事故：脊椎麻酔

諏訪邦夫

これはフィクションです。目次の項目から当該項目にジャンプするように作っております。

### 目次

発端：ボルティモアからの鑑定依頼 .....	3
脊椎麻酔の合併症と事故とは：学生との議論 .....	7
患者の資料を調べる .....	13
麻酔ははたして？ .....	17
クスハラ先生という日本の麻酔科医 .....	24
デート：麻酔科医仲間 .....	31
正規の鑑定依頼と鑑定書執筆 .....	37
カプランの論文と日本の研究 .....	43
鑑定証言の打ち合わせ .....	48
ニューヨークからボルティモアへ .....	52
第1回証言 .....	60
仮説を確認する実験 .....	70
音楽デート .....	77
第2回証言 .....	80
判決：減額されたが .....	84
和解 .....	88
エピローグ .....	91
あとがき .....	94
訳者のあとがき .....	95
付記 .....	98

参考文献 ..... 99

## 発端：ボルティモアからの鑑定依頼

秘書のサリーが電話をとった。

「もしもし、ナフィールド先生のお部屋ですか。こちらボルティモアのカーター法律事務所です。おそれいますが、ナフィールド先生とお話できますでしょうか」という声である。

秘書室からサリーが、インターフォンでナフィールド教授を呼んだ。ニューヨーク大学麻酔学教室の教授室である。

「先生、ボルティモアからお電話です。カーター法律事務所だといいますが。」

「法律事務所ね。ボルティモアだと思い当たらないな」と言いながら、ナフィールド教授は受話器をとった。

「ナフィールドですが」。

「お忙しいところをおそれいます。私はボルティモアの弁護士でカーターといえます。実は、私の担当しております医療訴訟がございまして、それが麻酔に関するものですから、できましたら先生の御意見をお伺いしたいのです」という。女性の声である。

「意見をいうだけでいいのですか。でもそれならボルティモアにもいくらでもいらっしやるでしょう」とナフィールド教授。

「いいえ、実は鑑定もお願いすることになる可能性が大きいのですが、とりあえず御意見をお伺いできませんでしょうか。もちろん、権威のある方の説明と鑑定が必要なので・・・・・・・・・・。ボルティモア市立病院での事件ですので、ボルティモアの専門家はためらいますし、関係者とみなされる可能性もあって避けたいのです」とカーター弁護士。

「あそこは市立病院ですから、医師は全員が市の職員でしたね。そうするとみじめな事件かな。あまり引き受けたくはないですね。他の方に相談はされたのですか。学会や保険会社も斡旋してくれるはずですが」と教授。

「ええ、一応そういう道筋も考えたのですが、できればものごとを明確におっしゃって下さる方が望ましいのです。それで、この町の麻酔の先生に伺ったところ、先生のお名前があがったのです。まだ他の方にはお願いしていません」と、カーターはなかなか粘り強く依頼した。

「それでは、一応伺いましょう。簡単に事情を説明して頂けますか」ナフィールドは答えた。「他の人には頼んでいない」という言葉にほだされた感じもあるだろうか。

「有難うございます。それでは簡単に状況を説明いたします。

「患者は43歳のコンピュータエンジニアの方です。1年前に、さきほど申しましたボルティモア市立病院で鼠径ヘルニアの手術を受けました。麻酔は脊椎麻酔でしたが、手術の終り近くなって心臓が止まりまして、一応は蘇生したのですが、4日後に結局亡くなられました。

「まあ、当然ですが、家族が訴訟を起こしました。私が担当しているのですが、示談が成立しませんで、裁判が始まっています。それで先生の御意見を伺って、できれば鑑定をお願いしたいのです。」

「なるほど、それで患者さんの御家族は」と教授。

「患者は40歳の奥様とお子さんが二人、8歳と5歳です」とカーター弁護士。

「奥様は主婦ですか。それとも職業をおもちですか」と教授。

「職業はナースです」というカーターの言葉をきいて“ああ、それなら示談にのりやすいな”とナフィールドは感じた。妻が職業についていて収入があると、原告側が妥協しやすく示談が成立しやすいというのが定説である。職業についていれば、生活が深刻にならないのと、裁判に時間がとれないから、長引かないということだろう。まあ、そういつても一般論であって、例外は多いだろうが。

「先生、ちかいうちに一度おめにかかって御意見を伺わせていただけませんか」とカーターが電話の向こう側でせかさせた。

「いや、意見をいうのもいいですが、一応確認しますが、私への依頼は鑑定ですね。被告側の証言ではないですね。」

「それはもう、先生は第三者ですから、証人ということはございません。専門家、学識経験者としての鑑定です」とカーター弁護士。

「他に、鑑定人はいませんか。たとえば、被告側が鑑定を申請はしていませんか。」

「今の所は、おりません。鑑定の申請ははじめてです。まあ、これから向こうが別の申請をする可能性は否定できませんが。」

「鑑定内容は、どうして心停止が起こったかとか、蘇生が正しく行なわれているかというようなことですね。」

「そうです。麻酔全体のやり方や経過も含めてですが。」

「わかりました。それでは、お目にかかる前に、一応そちらの記録などをお送りいただけませんか。コピーは作れるでしょう？ それを拝見しましょう。それで、私の手におえるものかどうか判断して、もし自分が不適當と思えば、他の方を紹介して上げますよ。」

「有難うございます。それでは一応病歴や裁判記録のコピーなどを作成してお送りします」とカーター弁護士。

「その記録を拝見してから返事しましょう。記録の発送にどの位かかりますか。」市立病院だと万事がスローなこともある。

「1週間以内にはお送りできるはずですよ。ですから、遅くても2週間以内には到着すると思います。よろしくお願ひします」と、カーターはあくまでも低姿勢である。

「わかりました、それでは書類をお待ちしましょう。私はたまたまこの1月くらいは出張の予定もないですから、到着すればすぐ処理できるでしょう」と教授。

「有難うございます。それではよろしく」というと、カーター弁護士は電話をきった。

“しょうがないな。女性の弁護士か。腕はどうなのかな”と思いながら、ナフィールドも電話をおいて、秘書を呼んだ。

となりの部屋から長い髪をなびかせてサリーが顔を出した。

「今のは、ボルティモアの弁護士のカーターさんという方で、裁判の鑑定依頼だよ。まもなく書類を送ってくるそうだ。」

「先生、何か私が承知しておくべきことはございませんか」とサリー。

「そうだな。1, 2週間のうちに資料がとどくはずだ。それを見てからひきうけるかどうか決めるつもりだ。」

「承知しました。」

「それから、4時からニュージャージーで会議があるので、まもなくでかける。今日はもうこれで戻らないよ。緊急の連絡は電話をもっているから」。

「わかりました。お宅には何時ころにおかえりですか」とサリー。

「そうだな。今日のは会議だけで食事はないはずだ。まあ適当にどこかで食事して8時ころには帰っているよ」。

“このところ、まったく食事にさそって下さらないわ。今日なんか金曜日だから具合がいいのに”と、サリーは少し悲しんでいる。半年ほど前にしばらく、コンスタントにデートしていたが、最近はごく間遠になっている。教授は数年前に妻をなくして独身に戻っているが、スカーズデイルの大きな家に今も住んでいる。でも、マンハッタンのアパートに移ることも考えているらしい。

## 脊椎麻酔の合併症と事故とは：学生との議論

翌週の月曜日、教授は二人の学生の相手をしてセミナーを行うチャンスがあったので、テーマとして脊椎麻酔の合併症をさっそく取り上げた。

「ボブ、脊椎麻酔の合併症と処置を概観してごらん」とナフィールド教授は学生の一人に声をかけた。ボブは光り輝くというほどではないが、こつこつとよく勉強する真面目な学生である。

「はい。まず麻酔が高く効きすぎると血圧低下から心停止がおこります。それにもっと高ければ呼吸も停止します。その他には、術後におこる問題として頭痛、感染、血行障害などもあります。治療もいいますか？」とボブ。

「そうだな。治療よりも合併症自体を検討することにしようか。特に重大なものをね。」とナフィールド教授。

「それじゃ、ボブの上げた問題のうちで、まず血圧が下がって心停止になるメカニズムは何だね」とナフィールド教授。

「それは、交感神経がブロックされて血管が広がるからです。そうすると、静脈圧が低下して、血液が末梢にたまってしまい、心臓に戻りにくくなるので、心拍出量が低下して血圧が下がるのです」とボブ。

「そのとおりだ。それを“血管が広がって、抵抗がなくなるから、血圧が下がる”と考えてはいけないよ。血はよく流れているが、抵抗が低いから圧としては低くでるだけというなら、危険は少ないし、心拍出量は増えるから心停止に進む理由もない。そうではないのだ。

「脊椎麻酔で交感神経が遮断されると、静脈がひろがって静脈圧が低下する。そうになると血液が末梢にたまってしまい、心臓に戻らなくなるのだ。静脈還流がわるくなるという表現をするね。

「それで、心拍出量が低下して血圧も下がる。そうすると静脈圧がますます低下して心拍出量はさらに少なくなり、という悪循環になるのだよ」と、ナフィールド教授は丁寧に説明した。

「それでは、呼吸停止というのは何だね、ビル」とナフィールド教授。ビルは、ボブほど真面目な勉強家ではないが、面白いことをいって教師を感心させたり、時には困らせたりする。頭はいいのだろう。

「それは、脊椎麻酔が高く効いて頸髄に届けば横隔神経が麻痺して、横隔膜が動かなくなりますし、もっと高くなって呼吸中枢まで麻痺することもあるかもしれません。それに・・・・・・・・」とあって、ビルは言葉をとめた。

「それに・・・・・・・・、どうしたね、ビル」とナフィールド教授。

「その、一寸自信はないんですが、脊椎麻酔のレベルとしてはそれほど高くなくても、血圧が低下して、脳や脊髄の血流がわるくなって、それで脊髄の横隔神経の運動細胞や呼吸中枢が麻痺して呼吸が停止することもないでしょうか。本には書いてないのですが、本を読みながら考えたのです」とやや大胆な発言をした。

「それはたいへんに面白い。確実なメカニズムとして証明はされていないだろうが、しかし傍証と論理からは十分に考えられるよ。そういう風に理屈で考える習慣は大事なことだ。医学の問題というのは事実が多いので、全部は覚えきれない。少数の基礎事実から論理を組み立てるなら、沢山の事実に対応できるから後まで役に立つのだよ」と説明した。この点は、ナフィールド教授がいつも学生や研修医にむかって教えていることである。

「それでは、脊椎麻酔による血圧低下と心停止を防ぐにはどうするね。なるべく論理的に考えてみたまえ。どうだね、ボブ。」

「そうですね。静脈圧が下がるのが心拍出量低下のメカニズムですから、これを上げればいいので、それには輸液をする、血管収縮薬をつかう、頭を下げるなどが考えられます」とボブ。

「それで完璧だ。実際にもその三つを実行するし、非常に有効だ。あとは、直接処置ではないが、血圧が下がった場合の一般治療として酸素を与えることだね」と追加し



た。それから、ちょうど考えていたことを思いだして、別の話しをはじめた。ボルティモアの事件のことを少し考えていたのが潜在意識にあって、それがでてきたのだろう。

「それで、呼吸と循環の合併症は一応終わったね。次は何だろう。さっきは、ボブが頭痛、感染、血行障害と上げたかな。

「頭痛は頻度が高くて、実際には非常に重要だが、まあ生死にかかわるということはないので、今日は除外しよう。感染はどうだね。」

「ようするに髄膜炎ですね。頻度は低いと思いますし、防止も可能だと思いますが。」

「まあ、そうだね。現在のやり方や器具、薬物などでは、髄膜炎の発生はほとんど考えられないだろうね。いや、実際にはあるのかもしれないが、もとの病気に対して抗生物質を使ったものが同時に効いてしまうとかね。」

「そうすると、あと問題は血行障害ですか。」

「そう。これはどうだね。ボブでもビルでも。」

「脊椎麻酔で脊髄の血行障害が起こるのですか。」

「どうだろう。理屈で考えてごらんよ。」

「ちょっと思い浮かびません」と学生たち。

「脊髄に血液を送る血管はどこからいくね。」

「脊髄の前に1本、後に2本あります。」

「まあそうだが、それと大動脈がどんな風につながっているかね。」

「あれ、どうなっているのだろうか」と学生は不思議がってから、

「肋間動脈の枝ではないですか」と反応した。

「そうだ。あるいは大動脈から直接枝がでている」とナフィールド教授は答えてから、説明を加えた。

「この血管は、脊髄の上の方では細くて数が多いが、脊髄の下にいくと血管は太くなって、そのかわりに数が減るという傾向がつよい。人によっては、下の方は太い枝1本だけということがある。そうして、脊髄の下半分くらいの血流を受け持っていたりする。これを脊椎麻酔の時に切ってしまうと、けっこう高いレベルから麻痺になるわけだ。脊椎麻酔の穿刺は腰椎の3番4番からするのに、胸椎の7番とか4番といった高いレベルの麻痺発生がいられている。

「まあ、これはとても珍しい合併症だが、でも一応報告はある。めずらしいから、普通の本には書いてないだろうなあ」と、教授は最後はあきらめたような言い方をした。

それから、一息入れて話題を変えた。

「ところでどうだろう。さきほど議論した呼吸停止は脊椎麻酔直後に麻酔レベルが高くなっておこるものだね。しかし、脊椎麻酔の呼吸停止にはどうやら、もう一つあるらしいのだが。」

学生たちは、“そんな話はきいたことがない”という顔をしている。

「これは君達、知識としては知らないと思うよ。でも、他の知識から論理的に類推できるかもしれないが。どうかね」と学生に質問した。

「先生、今の言い方は呼吸停止が起こるのが、脊椎麻酔直後でなくて時間が経過してから起こると言うことですか？」とビルがきいた。

「そうなんだ。どうも時間がたってから起こるパターンの呼吸停止があるらしいのだよ。」

「どういうメカニズムで起こるのですか」とビル。

「いや、メカニズムはどうもわかっていないんだよ。それどころか、本当に起こるのかどうかの事実さえも曖昧なんだ。散発的に、麻酔科医の間でお話としてひろまるだけで、なかなか論文として発表されないし。論文どころか、症例報告さえない。まあ、麻酔事故との関係があるので、報告しにくいのだが」。ボルティモアのケースを頭において話しているが、係争中で自分が鑑定を頼まれそうな症例をあまりあきらかにはできない。

「それでね、だからこそ、君達のように若い柔軟な頭で考えてみたら、案外おもしろいメカニズムが推測できるのではないかなと考えて、こんなことを言い出したわけさ」と、ナフィールド教授にしてはちょっと珍しい、弱気な表現で若者をたてるような言い方をした。

「先生、ちょっと伺っていいですか」と、そこでビルが発言した。

「うん、いいよ。何だね。」

「先生、いま麻酔事故ということをおっしゃいましたが、それと麻酔の合併症とはどう違いますか」というのが質問である。

「事故と合併症か。すごいことをいいたな。これはむずかしいんだよ。ビル、君の意見はどうだね」とナフィールド教授。

「わからないんですが、発生率の問題ですか。よくあるものは合併症で、稀にしかないものは事故ですか？」

「うん、まあそれも、一面の真実ではあるなあ。しかし、それだけで全部というわけにもいかないだろうな。」

「ほかに何か」とビル。

「発生を許容できるものは合併症で、許容しがたいものは事故という考えもあるだろうね。それから、一時的な障害なら合併症だが、永久的に障害が残れば事故という扱いになるかもしれない。そういっても、許容するかしないかと発生率が高いか低いかも無関係ではないことも想像できるだろう。一時的障害と永久的障害だって、すっかりわけられるものでもないしね。」

「たとえば、何が合併症で何が事故でしょうか」とビル。

「そうね。今の話でいえば、脊椎麻酔後の頭痛は一時的だから裁判にはならないが、それが永久的にのこれば今度は事故として裁判を起こされる可能性もあるね。」

「あるいはね。脊椎麻酔で血圧が低下するというのは合併症だよ。その対応が遅れて、患者に障害がのこれば事故ということになるだろう。特に、患者が死んでしまっただけで裁判になったり、新聞に載ったりすれば、これは事故だね。」

「先生、今のは合併症と事故が紙一重という方の例ですね。そうでなくて、純粹の事故というのはありませんか。」

「そうね。君の質問は合併症としては起らなくて、事故としてしか分類できないものということだね。脊椎麻酔だったらどんなことがあるかな。たとえばね……………」と少し考えてから、

「そうだな。さきほどいった、脊髄の血管を損傷して横断麻痺の起るのは、事故に分類するだろうね」といってから、自分でも“わかったぞ”という雰囲気で、

「なるほど、これなんかはただ頻度が低いから事故として処理されるということかな。こんな重大なことが頻回におこって、防ぎようがないとしたら、そもそも脊椎麻酔なんかやらないだろうからね。」

「まあ、この問題は大きな命題で、簡単には解決しないから議論はやめておこう」といって、この議論を打ち切った。

## 患者の資料を調べる

1週間後、ボルティモアから資料がとどいた。病歴のコピーと裁判記録、証拠として原告が提出した参考文献や図書など、大変な量である。

「サリー、これから1時間ほど、電話は取り次がないでくれ。ちょっと、まとめて例の文書を読みたいから」といって、教授は秘書室との間のドアに声をかけた。

“あら、めずらしい。裁判の書類でずいぶん一生懸命になるのね”とサリーは思いながら、

「かしこまりました」と答えてドアを閉めた。

病歴はこうなっている。患者は43歳のコンピュータエンジニアで、印刷会社にとって、ソフトウェアチームに所属していた。

生来健康で、特別の病気はなかった。手術の1年前から右の脚のつけね（“鼠径部”と書いてある）がはれるようになり、“鼠径ヘルニア”の診断で手術を勧められていた。膨隆して不便であったが、それ以外の障害はなかった。今回、仕事の余裕をみて手術を受けることにした。

身長168cm、体重95kgで、非常に肥満していた。肥満度をはかる（体重／（身長×身長））でみると指数は33.7であり、21を正常とするこの指数では50%以上の肥満にあたる。

術前検査では、血算、血液生化学、尿などに特別の変化はなかった。心電図にごく軽度の変化があつて、心臓への血液の流れに問題のあることを示している。しかし、運動させた際の心電図の変化をみる負荷心電図は施行していない。運動や緊張で胸が痛むという狭心症の発作には気付いていなかった。

19XX年7月6日に手術を受けた。脊椎麻酔は腰椎3／4間で施行し、テトラカイン13mgで、胸髄7番のレベルまでの麻酔を得た。くも膜下穿刺はむずかしく、深さは6.5cmであった。

手術は困難で時間がかかったが、麻酔の効果は十分で問題はなかった。ヘルニアの脊椎麻酔のルーチンとして、ディアゼパムを 10m g + 10m g デ合計 20m g 使った。これは睡眠薬で、量としてもかなり多い。他に、ドロペリドール（トランキライザー）とフェンタニル（麻薬の一種）を少量使用した。

手術終了の時点で心臓が停止しているのを発見し、いそいで型通り蘇生した。蘇生は比較的順調であったが、そのまま覚醒せず、4日後に死亡した。

以上に対して、原告側は、“契約不履行”の主張に基づいて、逸失利益+慰謝料+訴訟費用+医療費の支払いを求めている。請求金額は逸失利益が800万ドル、慰謝料が500万ドル、医療費が2万4千ドル、他に訴訟費用である。

これに対する被告側の主張は、心停止から死亡の事実は肯定するが、原因は医療ではなくて患者の条件にあるとしている。

麻酔の経過はずっと落ち着いていて順調であり、手術終了直前になって突然心臓が停止したのは、麻酔は無関係である、という主張である。つまり、心臓病の発作が起こったのだと考えている。手術は完了しているので、この面の医療行為は予定通り行なわれており不足はない。

被告側が心臓発作と結論する根拠は以下の通りである。患者は非常にふとっていたこと、職業が座業で頭脳労働であること、運動はまったくしていなかったこと、1日60本~100本の大量喫煙をしていたこと、などである。したがって、心電図にはあらわれている以上に重い冠状動脈障害があった蓋然性が高いとしている。

なお、担当の外科医は“こういうことはよくあることで、おそらく腹膜牽引による迷走神経反射ではないだろうか”と、裁判の折りに述べている。これに対して、原告側は“この例では徐脈から心停止になったのは、手術が終わったところであって、腹膜牽引による反射というのは状況の説明としては不適切である”と反論している。

いずれにせよ、被告は麻酔を含めて医療には落ち度はなく、妥当に施行されたにもかかわらず事件は発生したのであって、賠償請求には応じられないという主張である。

このように、両者の主張は正面から対立していて、現時点では示談の交渉ははじまっていない。

“裁判は一応ちゃんとやっているな。だれか、カーター弁護士に知恵を授けている人がいるのだろうか。これだけ、参考文献や図書を選んで、ポイントを突くには弁護士だけでなく、麻酔科医がついているはずだからな。

“しかし、それにしてもどうして心停止が起こったのだろう。まあ、これだけ太った患者で、手術もやさしくなかったはずだ。それでディアゼパムを大量につかったのかな。でも、呼吸がおかしくなれば、それなりのケアをすればいいわけだしなあ。気管内挿管したとか酸素を与えた形跡もないしね”と、腑に落ちない気持ちである。“カーター弁護士に聞いてみようか”と考えながら、自分でダイヤルをまわそうとして、“そうだな。サリーに電話を取り次ぐなといったのに、勝手に電話してはおかしいかな。サリーにかけさせよう。

「サリー、もういいよ。ボルティモアのカーター弁護士に電話してくれ」と声をかけた。

「わかりました。いますぐ」といいながら、“カーター弁護士に電話というといそいそしてしまうみたい”と考えながら、ダイヤルした。

「カーター先生、ニューヨークのナフィールドです。資料が届きました。

「裁判の進行はなかなか見事ですね。どなたか、麻酔の先生に相談されているのでしょうか？　ところで、麻酔の記録が馬鹿に簡単なんですけど、これにはその麻酔の先生は何がおっしゃっていませんでしたか。」

「ええ、ご覧になっていません。相談にのって頂いている先生は、“自分は記録はみない方がいい”とおっしゃっているのです。“記録をみると責任が生ずるから”ともいうのです。あくまでも、一般的な知識と知恵をさずけるだけにすると主張されてい

て。急所のところは、もっとよくできる権威にお願いしろ、とおっしゃって、先生のことを教えて下さったのですけれど。」

「なるほど、遠慮深いな。けっこうできる方なんでしょうね。」

「先生、なるべく早いうちにそちらに伺いますので、よろしく。」

「ええ、でもね。うまくいくかどうか一寸自信がないのですよ。今のままではね。どうも心臓の止まり方がちょっとね」といいながら、“でも、弁護士と話をすればわかることがあるかな”とも考えた。

それから、カーター弁護士がニューヨークへくる日時を打ち合わせて電話を切った。



## 麻酔ははたして？

資料が到着して1週間後の夕方、カーター弁護士がボルティモアからニューヨークへやってきた。濃い緑色のスーツを着て、アタッシュケースを下げている。

“さすがに真面目そうだ。でもきれいな人だな。地味なつくりで、老けてみえるが40歳にはなっていないだろう”などと教授は考えた。

「どうもこの度は、面倒なことをお願いして申し訳ありません。私は医療はいろいろと関係していますが、麻酔事故の担当ははじめてですので、いろいろと行き届かない点もあると思いますし、先生にいろいろとお知恵を頂く必要も多いので、よろしくお願い申し上げます」とカーター弁護士。

「ええ、それはいいのですが。どうもなぜ心臓がとまったのか、わからないのですよ。まあ、すぐわかることだったら、もめることもないのかもしれないのですがね。」

「記録をご覧になってもですか。心臓が止まるはずがない、という感じなのでしょうか。」

「そうなんです。ところで、麻酔記録がひどく簡単ですね。脈拍しか書かないのですね。血圧や呼吸の記録がほとんどありません。その他のことはご存じありませんか。ここに名前の載っているフォークナー医師は、本当に麻酔を担当されたのでしょうか。」

「実はその点も伺いたいのです。未確認の情報なのですが、フォークナー医師は当時別の部屋で別の患者の全身麻酔を担当していたという話もあるのです。それはいけないことでしょうか。」とカーター弁護士。

「ほんとうですか。それは重大です。すぐに証拠保全の申請をして下さい。その当日、フォークナー医師がどういう風に働いて、どの部屋でどの麻酔を担当していたのか、この患者にずっとついていたのか、そうでなくて、他の患者の仕事を担当していて、この患者のところにはいなかったのかです。それが、この裁判の大きな争点になります。もし、フォークナー医師がこの患者のところにはいなかったら、それだけでこの裁判は勝ったも同然です。」

「それはまったく知りませんでした。どうしてですか。脊椎麻酔でも麻酔科医がずっとつくものなのですか」

「この点は、麻酔の基本です。麻酔の種類に関係なく、麻酔を担当する医師か麻酔を担当するナースは患者の状態を監視してはなりません。しかも、この監視を担当する人は他の業務を兼務してはなりません。手術をしている外科医が同時に患者の状態を管理するとか、外回りのナースが患者を監視するとかいう状況は認められないのです。

「この規定は基本的なものです。実は、最近まではあまり明確ではありませんでした。しかし、1980年代の半ばにハーバード大学がこのような基準をつくり、すぐにアメリカ麻酔学会も採用しています。モニターの装置よりも何よりも大事なことです」と説明した。

「それはまったく知りませんでした。いままで相談した医師の方々や弁護士もそうですが、脊椎麻酔というのはこんなものだろうということでしたので。その基準をいただけますでしょうか」とカーター弁護士。

「とんでもないことです。アメリカ麻酔学会が基準を提出してからもう何年も経過しているので、大病院ではとうぜん採用されているというのが、私達の認識です。そもそもこの条件を満たしていないと、レジデントのトレーニングプログラムが認められませんよ」といいながら、コンピュータにスイッチをいれた。例の基準を打ち出すつもりである。

「なるほど、そうですか。それではさっそく証拠申請して、フォークナー医師関係の書類を提出してもらいましょう。他に何かございますでしょうか」とカーター弁護士。

「それならば、いっそのこと、ボルティモア市立病院の麻酔科医の勤務状況を、事件の前後のある期間全部提出してもらったらいかがでしょう。

「どの位の期間がいいのか、許されるのかは法律の専門家にお任せしますが、ともかくこの面の事実関係を明らかにしておくのがいいと考えます」と強調した。

手続きの話をしておいてから、本来のテーマに戻った。

「複数の麻酔患者のケアを一人の医師が担当するようなことをしばしば行っているのなら、この事件はまったく起こるべくして起こったということで、原因は病院の体制です。特定の医師を相手にするのでなくて、病院の体制の問題になるので、裁判では勝てますよ。ただ、そうになると示談はむずかしいかもしれませんが」とナフィールド教授。

「なるほど、そうなんですか。いいような、困ったようなものですね」とカーター弁護士がうなずいた。

「それから、モニターのことも問題です。心電図はついていたようですが、心臓の動きを確認したり呼吸を確認したりしていたという証拠がみあたりません。血圧も少し書いてはありますが、間隔がひどく開いていますし、本当に測定していたのかどうか、疑わしい印象もあります。」

「心臓の動きは、心電図ではわからないのですか。」

「規定ではいけないことになっています。理由はこうなのです。一般には心電図が非常に重要なのですが、麻酔の時には心電図が正常でも心臓が動かない状況がけっこうあるからです。」

「それはどういうことですか」とカーター弁護士。

「麻酔薬は脳の働きを悪くしますが、それだけでなく心臓の働きも悪くします。それが心電図には現れにくいのです。」

「だから、麻酔の時は、心電図以外に本当に心臓の動きを示すパラメーターを捉えなくてはいけないことになっているのです。心電図は出ていても、実際には心臓の動きがわるくて血液を送り出していないことは、けっこうあるのです」と説明した。

「なるほどわかりました。ほかに何か」とカーター弁護士。

「それよりも、このケースでは呼吸が問題でしょう。これだけ太った人に脊椎麻酔して、かなりの量の鎮静薬をつかっていますから、呼吸がおかしくなっていた可能性がとて大きいのですよ」と教授。

「そうなんですか。そんなことは、ボルティモアではだれも教えてくれませんでした。まあ、だからこそニューヨークの先生にお願いしている訳ですが。」

「呼吸というのは、麻酔記録には何も書いてありませんね。どうやってとらえるのでしょうか」とカーター弁護士。

「全身麻酔なら二酸化炭素の曲線でみるのが普通ですが、脊椎麻酔の時は実はむしろ難しいのです。もちろん、全身麻酔と同じような装置をつかって二酸化炭素を測定することも可能なのですが、異論もありまして。」

「脊椎麻酔で呼吸が止まるのは、脊椎麻酔をした直後でレベルが上がっていく時だけで、麻酔が安定すれば呼吸が止まることはない、と聞きましたが」とカーター弁護士。

「ところが、そうはいきません。呼吸というのはけっこう不安定なもので、特に睡眠中はよく止まるのです。“睡眠時無呼吸症候群”という話しをご存じありませんか。」

「その言葉ははじめてですが、睡眠中に呼吸がとまるという話しは、何かで聞いたか読んだかした記憶があります。それと脊椎麻酔と関係があるのですか。」

「あるのです。脊椎麻酔では患者さんが眠ってしまうことが多いのです。その際にどうも事件が起こるらしいのですよ。なぜ脊椎麻酔で眠るかのメカニズムについては、いろいろな意見があるのですが。」

「呼吸がとまると事件がおこるといのは、呼吸がとまるだけでなく心臓も止まるということですか。」

「そうです。呼吸がとまっても普通ならすぐに再開するのですが、どうもその再開のメカニズムが、脊椎麻酔の時は障害されるらしいのです。脊椎麻酔自体にそういう作用があるのかは不明ですが、少なくともこの患者の場合のように鎮静薬を与えていれば、呼吸停止が長引くことは確実です。」

話しがかなり専門的になってきて、カーター弁護士がわかっているのか、教授は不安になってきた。でもカーターの方はなんとかついてきている。

「呼吸が止まると何故心臓が止まりますか」とカーター弁護士。

「それはもう当たり前で、呼吸が長く止まると、身体に酸素がいなくなりますね。そうすると、脳が動かなくなります。ですから、交感神経を刺激してアドレナリンを出すという作用がなくなる。それから、心臓自体も酸素がないと動きが悪くなるのです。」

「でも、酸素が不足すると呼吸が強くなったり心臓が激しく拍ったりするのではないのですか」

「ふつうはそうなのです。高い山に登った時に息が切れたり胸がドキドキするのがそうですね。しかし、脊椎麻酔の場合には、そういう反応がそもそもおきないのですね。まあ、麻酔は一般にそういう反応を弱くするのですが、特に脊椎麻酔はそうです。下半身が麻痺していて、交感神経の反応がおきないのです。その状態で酸素の不足が強くなると、そのまま脳や心臓が働かなくなってしまうというわけです。」

「なるほど。それでは先生は、この患者の心臓の停止は麻酔が関係しているとお考えですか。」

「もちろんですとも。関係があると考える方がずっと自然です。それは、麻酔とは無関係に心筋梗塞が起こったという可能性は完全に否定はできませんが、しかしそんな偶然を考えなくても、このケースの事件は十分に起こりうるということですよ。」

「ただね、こうはいえます。この患者の場合、患者の側にもこういう麻酔のトラブルを起こしやすい条件は整っていたでしょうね」と念をおした。

「それはどんなことですか。」とカーター弁護士。

「一番重要なのは、肥満ですね。睡眠時無呼吸症候群は肥満者では発生頻度が非常に高くなり、程度も重くなります。他にも、肥満によって酸素不足と心停止が起こりやすい条件があります。ですから、患者側の要因が無関係だったとはいえません。」

「ですから、病院側の主張には一部正しい点はあるのですよ」とナフィールド教授。

「なるほど、よくわかりました。それでもう一つお願いします。この患者の場合、呼吸がとまったのではないかと推定されるわけですが、その呼吸の監視がむずかしいことはわかりました。それなら、酸素不足を検出することはできないのですか。」

「いい質問です。実はできるのです。しかも非常に簡単なのです。もう10年以上前に、パルスオキシメーターという装置ができています。いまではそれを患者につけておくと、動脈の血液の酸素不足が簡単に検出できます。この装置は現代の麻酔では必ず使用することになっています。値段も非常に安いのですが、この事件では使っていなかったようですね。」

「なるほど、どうもずいぶん雑な仕事振りだったようで、事件が起こっても当然のようにも思えますね。ところで先生。今のお話のようなことで、私が読んでおいた方がいい本とか論文とかはございませんでしょうか。」

「そうですね。睡眠時無呼吸症候群のことをわかりやすく書いた本はいろいろでいるはずですから、特に障害の問題を扱っているものを読んで下さい。それから、麻酔学の教科書の呼吸の章と酸素不足の章、脊椎麻酔と交感神経の関係の項目なども役にたつでしょう。それから、麻酔のモニター装置、ことにパルスオキシメーターの項目も有用ですよ」といって、いくつか思い当たる本を教えた。

「ああそうそう。ハーバードが出した基準の論文も役にたつでしょう。いまでは、この基準よりも少し進んでいますが、でも基本の考え方は同じですから」といって教えたのは、もちろんエイチホーンがアメリカ医師会雑誌に発表したあの有名な論文である。

「いろいろ有難うございました。こんな風なことで勉強してからまたいろいろお伺いすると思いますが、よろしく願い致します。それでは今日はこれで失礼します」といってカーター弁護士は退出した。

“さて、今日はこれで用事はすんだな。夜はどうしようかな”と考えながら、となりの部屋のサリーに声をかけた。

「サリー、今日はあいていないかね。食事をいっしょにどうだね」と教授。

「今日はちょっと」とサリーは答えながら、“もっと早くさそって下さればいいのに。そんな直前になってなんて失礼だわ”と考えた。“でも、やせ我慢して断らなければよかったかしら。ずいぶん久しぶりにさそって下さったんだもの”とさっそく後悔も感じている。もちろん、用事なんかありはしないのだ。

教授の方は、“やはり、年をとったのかな。どうも、一人で食事をするのはさびしくてかなわない”と考えている。教授はプレイボーイの基準にはあてはまらないが、といてある程度の収入も地位もあり、かっこうも悪くない中年の独身男性が相手を見つけるようとするのは当然のことでもある。実際、さほどの困難はない。“しまったな。カーター弁護士を食事にさそえばよかったな。このままボルティモアに帰るのかしらん。ニューヨークに泊まったってよかろうに”と後悔した。“つい、仕事に熱

をいれてしまったなあ。魅力のある女性であることは気がついていたのに” というところであろうか。

## クスハラ先生という日本の麻酔科医

患者の資料を読み、弁護士と話をしてから、教授はこの事件に俄然情熱をもやしはじめた。自分でも、気分がのってきたのがわかる。もう一度資料を読み、さらに論文を積極的にあつめている。

たまたま、東京から友人のクスハラ医師がきていて、客員教授として教室で活動していた。主任教授の友人で、その関係でこの教室と縁がふかい。教授とも親しい。来米は10回目位にもなるという。日本人だが、よくしゃべり議論が大好きである。物静かな日本人とは違う。ニューヨークのダウントウンにも平気ででかけていくらしい。ナフィールド教授は地下鉄は乗れないが、クスハラ医師は平気だ。

背広を着ないで、いつもGパンとかラフなスタイルをしているのも、日本人らしくない、どころか医師らしくさえもない。

「クスハラ先生、ちょっと先生のご意見を伺いたいのですが」といって、教授はクスハラ医師を部屋に招いて、ボルティモアの事件を説明した。

「なるほど。アメリカでもこういう麻酔をしているところがあるのですね。それもボルティモアのような大都会の、しかも市立病院でね。アメリカでは、こんなのはずっと昔になくなっていると私は思っていました」とクスハラ先生。

「それで、先生はどうお考えですか。この心停止のことを」と教授。

「こういうのは、麻酔科医同士の話としてはずいぶん聞きますよね。順調に経過していた脊椎麻酔なのに、突然心臓がとまってしまって、それっきりになってしまったというような話ですが」と、クスハラ先生は何となく面白そうである。

「先生は、こういうのをどうお考えですか。心臓発作ですか」と教授。

「いや、違いますよ。呼吸停止ですよ。ずいぶん前ですが、私は、落ち着いていた脊椎麻酔の患者の呼吸が止っていたのを見つけた経験がありますよ。その時はすぐ対応したので、事なきをえましたが」とクスハラ医師。



「ああ、先生は実際にみたことがありますか。」

「ええ、それだけでなく、その後注意して脊椎麻酔の患者をみていると、呼吸が実に頼りないことがあるものです。ですから、私は脊椎麻酔でも麻酔器をつかって100%酸素をやることにしています。患者がいやがっても、安全にはかえられません。まあ、ちょっと話せば、納得しますね。絶対に必要なんだとつよく言ってね。ちゃんと研究してみようと考えながら、放置していますが」とクスハラ医師。

「そうすると、先生の場合は脊椎麻酔をして空気を吸っているということは絶対にならないのですか」と教授。

「ええ、そう、絶対にとはいえませんが。痔の手術みたいに、患者を覆う必要がなく、しかも脊椎麻酔の範囲がごく狭い時には、患者と話をして眠らせないようにしますから」とクスハラ先生。

「なるほど、たしかに麻酔器で100%酸素をやれば、万一呼吸が止まってもずっと安全ですね。そんな、10分間も呼吸停止に気付かないというのは考えられませんから」と教授。

「しかもね、麻酔器をつかえば、バッグの動きも見えるし、二酸化炭素のモニターもできるでしょう。安全は全身麻酔と同じですよ」とクスハラ医師。

教授は“クスハラ先生はさすが議論好きだけあって、こういうところの考え方は論理的だな”と感心した。

「ところで先生、このケースでは先ほどお話したとおり、脊椎麻酔をしたまま、担当の麻酔科医は他の全身麻酔の患者の方に行ってしまうと、異常に気付くのがおくれたらしいのですが、こういうのは日本ではどうでしょう」と、教授は話題を換えた。

「日本では、麻酔科医がまったく不足で、こういうやり方は非常に多いです。いいえ、麻酔科医がまったくタッチせずに、外科系の先生が自分で脊椎麻酔をやって同時に手術をするという、もう一段むかし風のやり方がまだ随分残っています。ですから、こんな事件もときどき発生して新聞種にもなりますね。」

「日本にも医療訴訟はあるでしょう？」

「もちろん、あります。こういうやり方が当たり前といっても、事故を起こしてしまえば、損害賠償の裁判は起こされるし、このケースなら当然医師がまけて賠償も払うことになるでしょう。医療訴訟の件数はアメリカに比べればとても少ないのですが、でもこのケースは日本でも訴訟になるでしょうね。実際にもけっこう起こっていますね。」

「賠償額はどうですか。」

「アメリカと比較すれば非常に低いです。日本の考え方は、逸失利益とか慰謝料に個人の事情を特別に配慮しないで、“普通の人収入”という風に考えるようですね。アメリカの単位でいえば、死亡事故で100万ドルを少し下回るというところでしょうか。一番高額の場合でも200万ドルの少し上だと記憶しています。この国ではその10倍はざらで、100倍位の例もあるときいています。」

「そうですね。なるほど、日本のように社会が均一で社会保障も行き届いている国ではそれでいいのでしょうかね。」

「いや、日本の社会保障が行き届いているというのは誉めすぎですよ。」

「でも、アメリカより良好なことは間違いないですよ。」

「そうでしょうか。」

「ところで、日本の麻酔が麻酔科医以外の人達でカバーされる部分がそれほど大きいとはしりませんでした。麻酔科医は何かしようとしらないのですか。」

「もちろん努力はしていますよ。麻酔科医の数はそれなりに順調に増えているのです。でも、増えた分は集中治療やペインクリニックなどの新しい領域にとられて、旧来の麻酔の補充にはむかわないのが実情です」といいながら、クスハラ医師の口ぶりは何となく楽しそうである。何か違うことを話そうとしているらしい。

「これについて、私は最近面白い議論をしているのですよ。ちょっとお話ししましょうか。社会としての麻酔の費用とか、麻酔の“住み分け”とかいうことですが」とクスハラ医師は話しはじめた。

「それは何ですか。費用というのはわかるけれど、麻酔の“住み分け”とは何のことですか」と教授。

「それはこういうことですよ。日本の麻酔科医も“脊椎麻酔は外科医にまかせる現状が麻酔の質の向上を阻んでいる。欧米諸国のように麻酔科医がカバーすべきだ”と考える人が多いのです。私もそう考えていました。それはわかるでしょう。」

「もちろんです。私だってそう主張しますよ。」

「ところが、経済効率からみると、今の方法は非常に合理的なのです。」

「なぜですか。」

「こういう計算をしたのです。いま日本には外科医が担当する麻酔が、年間にだいたい100万件あります。脊椎麻酔が中心です。この費用は、医療保険できまっています、1件あたり50ドルです。ですから、国全体としての負担は年に5千万ドルですね。ところが、これを麻酔科医がカバーすると1例400ドル程度かかります。国全体では、年に4億ドルかかることになります。その差は3億5千万ドルです。」

「外科医がするか、麻酔科医がするかによって、価格設定がそんなに違うのですか。10倍近い差ではないですか」とナフィールド教授。

「いや、これは本当はちょっと説明がいるのです。脊椎麻酔の価格というのは、むかしまだ麻酔のケアという概念が乏しかった時代に決まったもので、ようするにただ脊椎麻酔をするだけの料金なのです。麻酔の方が管理料・技術料の評価を含む新しい料金なので高いわけです。」

「なるほど、ちょっとおかしい感じもありますが。」

「それはもちろん、そうです。でもそれが現状なんですよ。」

「ところで、現在のやり方で事故が多いといっても、死亡の数は多く見積もっても年に10人位のものでしょう。お金の直せば、1千万ドルですね。」

「ええ、賠償金の金額をつかって、人命をお金に換算するということですね。」

「そうです。それで計算すると、現在のやり方は、人命を1千万ドル分失うことによって3億5千万ドル節約しているのだから、お金の使い方としては非常にすぐれているということになりますね。」

「こりゃ、すごいな。おどろきましたね。」

「麻酔がいかにあるべきかというプリンシプルの主義主張とか、麻酔科医の誇りとかいうことは別にしましょう。それとは別に、経済効率ないし社会運営という観点からみると、現状は大変に優れたシステムだということがわかりますね。だからこそ、このシステムはもう何十年もかわらないで、安定しているのではないのでしょうか。」

「現状にあきらかな利点があつて、変える必要がないということですね。」

「見方を変えれば、日本の麻酔のやり方は、麻酔科医の麻酔と、そうでない医師の麻酔とは大変に上手に“住み分け”ができていているという認識になったわけです。」

「やあ、おもしろいですね。私がそういう状況で手術を受けたいかという疑問にも思いますが、とにかく一考に値しますね。それはあなたの理論ですか。それとも他の人の言い出したことですか。」

「私です。こんなことを言い出すのは私くらいのもですよ。」

クスハラ先生はさらに話しを進めた。

「ついでにいいますと、同じ議論は産科麻酔についてもできるのです。」

「どういうことですか。」

「日本ではお産に麻酔科医がつきません。おそらくその結果と考えられますが、産婦の死亡率が欧米の2倍以上高いのです。こちらは、はっきりデータに出ています。」

「それはひどいじゃないですか。先進国のレベルとはいえないでしょう。」

「そうです。そうしてね。お産ていうのは、けっこう危険なものです。ちょっと古い1980年代半ばのデータですが、イギリスでも産婦死亡率が1万5千人に一人あります。ところが日本は3倍近くで、5千5百人に1人です。当時の日本のお産の数は年間140万ですから、日本の年間産婦の死亡数は255人、イギリスのレベルなら95人程度のはずで、その差は160人です。これが、麻酔をちゃんと行えば助かると推定できる人数です。つまり、1億6千万ドルの損失ですね。もちろん、これでも要する費用が6億ドル位もかかるのと比較すれば少ないですがね。」

「これは驚きました。それでは新生児死亡も高いでしょう。」

「ところがそうでないのです。新生児死亡はほんの少しですが、イギリスよりいいのですよ。つまり管理のできていないのは母体だけで、赤ちゃんの管理は上等なのです。これがまた、産科麻酔の問題と考えられる根拠でもあります。ともあれ年間160人、つまり1億6千万ドルの出費で6億ドルの出費を防ぐ、つまり4億ドル以上節約になっているわけで、やはりけっこう効率のいいお金の使い方ですね。」

「その議論はちょっとなあ。死亡率が高いというのは気になりませんか。」

「それはなりますよ。欧米のシステムが優れていることは認めざるをえません。しかし、こうもいえるのですよ。システムによって救われる人命の数と、それに必要な麻酔科医のエネルギーをお金で評価すると、とうてい割りにあわないから、結局現状は変えようがないし、変える力にならないということです。」

「なるほど、欧米のシステムを導入しようと麻酔科医が主張しても、現在のシステムでそれなりに順調に動いているから、変える力にならないということですね。面白いですね。でも、それでうまく動くというのは、日本の外科医や産科医が優秀なのかしら。アメリカだと、事故が激増して大変なことになりそうにも思えるけれど。」

「それはこうですよ。日本のシステムは現在動いているので、外科医や産科医もそのようにトレーニングされており、その方向で努力しているわけです。ナースもそうです。アメリカやヨーロッパのように、麻酔科医にたよるシステムが一度できあがってしまったら、もう元には戻れないでしょう。」

「なるほど、その理屈はよくわかりますね。われわれのシステムは進歩していると評価するのが普通でしょうが、分化というのは考えようによっては退化したシステムという面も否定できませんね」と教授は答えたが、“ちょっと納得しがたいな”という気持ちも残している。

ところが、クスハラ医師の方は逆手にとったような議論をはじめた。

「ああ、それからこんな議論もできますね。このケースの場合、脊椎麻酔は麻酔科医が行って外科医にわたしていますね。それと日本のように外科医が自分で脊椎麻酔を行うやり方を比較すると、日本式の方が安全かもしれませんね。」

「わざわざそうおっしゃる理由は？」

「つまりね。日本式なら外科医は自分で脊椎麻酔をやっていますから、少なくとも“この患者は麻酔されている”という意識はもってますよね。ところが、このボルティモアの病院のやり方だと、外科医は“麻酔は麻酔科医に任せた”という意識になるでしょう。ですから、安全の点では日本式の方が安全度が高いかもしれません。」

「ああ、それは面白いですね。その通りかもしれません。先生の論理はよくわかります。私たち麻酔科医の場合も、他の人がスタートした麻酔を引き継ぐと何となく気がのらない、自分の問題ではないという感じがありますものね。もっとも、脊椎麻酔の技術そのものは麻酔科医の方が高いでしょうが。」

「いや、それだって一概にはいえません。麻酔科医の場合は全身麻酔が中心でしょう。脊椎麻酔はほんのときどきやるだけですよね。それよりも、脊椎麻酔だけは常に行っているという外科医の方が上手かもしれません。いつもそうだとはいえないとしても、少なくとも上手な場合はけっこうあるでしょうね。だからこそ、日本で案外トラブルの発生率が低いのだという議論も可能です。」

「面白いですねえ、それが麻酔の住み分けですか。これはもっと検討して下さいよ。こういう研究は、現にシステムの残っている日本でしかできないし、しかも世界全体という視点からは非常に意義のあることですから。まあ、欧米諸国ではあまり評価されないでしょうが。」

「そうですね。もちろん、私の議論はずいぶん乱暴で、細部のつめはできていませんよ。それにしても、こういう議論は無視してはならないとは考えますが。」

この話は裁判には直接役にはたたないが、何らかの洞察を与えることにはなるかな、と考えながら、教授はクスハラ先生と別れた。

## デート：麻酔科医仲間

ボルティモアからの資料を読みおわり，クスハラ先生と話した何日か後，教授は知りあいのヤング医師に電話した。キャサリン＝ヤングという名前で，キャシーと呼びならわしている。

「キャシー，ご機嫌いかが。」

「あら，ナフィールド先生，しばらく。今日はどういう風の吹きまわしなの」とヤング先生。キャシーの方は，状況によって“ジョン”と呼んだり，“ナフィールド先生”と呼んだりする。

“キャシーは調子がいいね。あの声を聞くだけで楽しくなる”と教授は感じた。

「うん，しばらく会っていないので，食事でも一緒にしたいと思って。それに実は仕事のことで相談にのってほしいこともあるんだ。」

「仕事のことで，私は普通の麻酔科医よ。先生のように権威ではないわ。」

「権威なんて言うなよ。そんなものは内容はなにもない空っぽの入れ物だってことは知っているじゃないか。それよりもね，君はよく雑誌に眼を通してしているし，大団の一員だし，私よりも情報通だからね。君の情報を利用したいんだよ。」

「情報といたって，私は政治はだめよ。」

「政治なんかじゃないよ。もっと学問的というか麻酔の臨床の問題なんだよ。」

「そう。とにかく一緒に食事をするのは賛成だわ。私の方は，夜はたいてい空いているからそちらの都合に合わせるわ。」

「それじゃ，今晚はどう。」

「けっこうよ。」

ヤング先生はおなじニューヨークで、大きな麻酔科医療のグループに所属していくつかの病院を分担している。研究者ではないが、立場上耳学問も多い。それに、なかなか勉強家で雑誌もよく読んでいる。一度精神科の医師と結婚したが、ご主人が麻薬におぼれて行方不明になって、自動的に離婚が成立してしまった。

教授より10歳ほど年下である。2年ほど前から、教授と親しくなって、ときどき食事をしたり、夜を一緒に過ごしている。仕事の相談相手が欲しいが、立場上同じ教室の人は避けたいというような時に、教授はヤング先生の知恵や知識を利用することも多い。それに、何しろ魅力的な女性である。少しにぎやかな感じはあるが、それだけに会えば必ず楽しませてくれる。

その日の夕方、二人は58丁目のフランスレストランで食事をした。二人とも健啖家で、食事を楽しむたちである。

「一昨日はなかなか面白かったよ。君もクスハラ先生のことを知っているよね。」

「ええ、あの議論好きな日本の麻酔科医ね。またいらしているの。しばらく前に、筋弛緩薬の講義を聴いたし、それに何かのディナーでとなりに座ってずっと話したこともあるわ。日本の人って、まったくしゃべらないのが普通だけど、あの人は例外ね。それも単純なおしゃべりでなくて、議論が好きなのよね。何だったかわすれたけれど、その時も他の人の話題からあの先生が議論をはじめて、ディナーがにぎやかだったわ。愉快だったけれど。」

「そうなんだよね。これから話すことと関係があるのだけれど、まずクスハラ先生のことを話そう。これもクスハラ先生流の議論なんだよ。」

「日本ではね。外科医が麻酔を担当するケースが年間に100万件もあるのだそう。おそらく麻酔全体の1/3くらいにも当たるだろうということだが」といって、教授は先日のクスハラ先生の話をした。

「おもしろい計算ね。つまり、日本の麻酔科医はそれだけビジネスのチャンスを失っていることになるけど。でも、それで動いているのならそれでいいわけね。」



「そうなんだな。ちょっと、眼が開かれるような気がするだろう」と教授。“なるほど、ビジネスという考え方もあるな。それにしても、キャシーにはこの話の面白味はちょっとわからないかな”とも感じている。

まもなく食事がはじまって、裁判のことは食後にしようとして教授は考えながら、別の話題に入った。二人の会話は教授がリードすることが多いが、今日は特に予告してあるせいか、ヤング先生は教授のリードにまかせている。

「キャシーもコンピュータが好きだから知っていると思うけれど、コンピュータの専門家って、何故肥っているのか考えたことある？」教授は、ボルティモアの患者のことを考えながらきいた。

「それはやはり、身体を動かさずにディスプレイの前に一日中座っているからでしょう。他に何か？」

「まあ、そう考えるのが普通だけれど。しかし、実はそれ以上に何か理由があるのではないかな。ディスプレイから放射線がでて、代謝を障害するとかさ。あるいは、それが食欲を増す作用があるとか。」

「でも、それはあなたの仮説でしょう。他の人がそんな理屈をいっているのは聞いていないわ。」

「それはそうだよ。僕のまったくの空想だから。仮説と言うのもおこがましい程度のものだがね。そうそう、仮説といえばね。もっと面白い仮説を何かで読んだよ。二重らせんのワトソンとクリックのクリックさんが、今は脳の研究をしているのだそうだが、そのクリックの仮説だよ。夢の説明なんだ。」

「どういうことなの。」

「それはね、夢というのは日中の事象が仮の形で記憶されていたものを、もう一度思い出して、整理して取捨選択してしっかりした記憶に残すものと、捨てるものとのわけるプロセスだという説だよ。」

「それで？　でも、当たり前みたいだけれど。夢は記憶を呼び起こすというのは日常経験だし、昔からいわれられていることでしょうか？」とヤング先生は反論した。

「ところがね。今までの考えとは少し違うのだ。今までの説はさ。ようするに、睡眠中に勝手に、断片的に思い出すというだけだろう。ところが、この説ではね。“わざわざ思い出して、取捨選択してしっかりした記憶に残すものと、捨てるものとのわけ”という積極的な役割を夢に与えているのだよ。」

「わかったわ。ただ気ままに思い出すのではなくて、思い出して整理するという仕事をしているわけね。ファイリングキャビネットの上に重ねてあったコピーを、もう一度眺めて捨てるものは捨てて、残すものはキャビネットの中にいれるように。」

「その通りだ。コンピュータの場合が、もっと夢に近いかもしれない。とりあえず、経験や認識を順番に一つの大きなファイルにため込んでおいて、もう一度呼び出して画面で見ながら分類して整理するというわけだね。よくやるじゃないか。ハードディスクのゴミを取捨選択して、何枚かのフロッピィにわけるとかね。」

「そうね。私も先週の週末にやったわ。でもその説明もわかるけど、もっといいのは郵便受けよね。病院の郵便受けを整理しないでおくと、秘書がとっておいてくればいいいけれど、場合によってはあふれてしまって、捨てられてしまったり、人に持っていかれたりするわ。それに近いのではないかしら。」

「そうそう、それはうまい例だね。ぴったりだよ。」

「そうですね。」

「この仮説の面白いのはね。こんなことの説明に使えるのだよね。人が眠る時に、レム睡眠を妨害すると人格がおかしくなったり、記憶が極端にわるくなるという話があるでしょう。それがこの説でうまく説明できるのだよ。つまり、夢をみないと記憶を整理するチャンスがなくて、一時記憶の領域があふれてしまうというわけ。」

「なるほどね。そう聞くと夢とコンピュータが似ている感じがよくわかるわね。」

おしゃべりしながらの食事が続く。

デザートにかかったころ、教授はさてという調子で切り出した。

「今日相談したかった仕事の話というのはね、こうなんだ。先日ボルティモアの弁護士に頼まれて……」と、自分が現在頼まれている鑑定の問題を説明した。

「それは、もう麻酔科医が部屋にいなかったというのでは、どうしようもないでしょう。先生のお仕事は被告の弁護ではないのでしょうか。鑑定なら簡単じゃない？ もう、すでに結論がでたようなものね」とヤング先生。

「まあ、その点はそうなのだが、ちょっと引っ掛かるところがあるんだね。僕とすれば、何故心停止になったかというすっきりした説明が欲しいんだよ。いや、そのいい方はちょっと違うな。気持ちの中では説明はできているんだな。ただ、ちゃんとしたデータが見つからないんだ。だから、自分では一応納得できているのだが、人を説得するという力がちょっとね。」

「なるほど、その気持ちはわかるはね。ちょっといらだたしい感じね。」

「そう。それでキャシーなら、データの方を何か知っているかなと思って。」

「先生はカプランの論文はご存じない？ 脊椎麻酔の事故症例というのだけれど」とヤング先生。

「いや、多分知らないな。いつごろの論文？」

「わりあい最近のことよね。1988年のアメリカ麻酔学雑誌だと思ったけれど。そうそう、その年の巻頭論文だったわ。編集者もよほど重要と考えたのでしょうね。巻頭に、それもその年の巻頭にもってきたのだから。」

「それで？」

「内容はこういうのよ。アメリカ麻酔学会の事故症例を1000例ほど集めて解析してみると、その中に特異な脊椎麻酔のケースが10例位みつかった。私、わりあい丁寧に読んだのでおぼえているわよ。」

「どんなこと？」

「患者は若くて、手術は小さくて、順調に進行していたのに、突然心停止がおこるというパターンなのです。特徴としては、麻酔開始から少し時間がたっていると書いてあったように記憶してるけど。」

「ああ、その論文は僕はまったく記憶にないよ。読まなかったんだろうな。麻酔からの時間はどの位かおぼえている？」

「正確には覚えていないけれど、要するに麻酔開始直後ではないのよね。手術が順調に進行して30分とか経過してから起こるのではなかったかしら。私達もよくいうでしょう。“手術が終わり頃になって心臓が止まった”っていうの。ああ、そうね、先生のボルティモアのケースもそれなのね。私、読んだ時に“これはときどき聞くあの類の話に似ているな”と思った記憶があるわ。」

「他には何か？」

「もう一つ、鎮静薬を使っている例が多いと強調してあったわ。」

「やあ、面白いな。それは注文通りの論文だねえ」。教授は“やはりキャシーに相談してよかったな。早速自分で読もう”と雑誌と年をメモした。

ヤング先生の方も、自分の知識が尊敬する教授の役に立って嬉しい。

今夜は楽しい夜だと、お互いを感じている。

## 正規の鑑定依頼と鑑定書執筆

2ヶ月後、メリーランド州裁判所から鑑定依頼の電話がかかった。

「ニューヨーク大学のナフィールド先生ですね。原告代理人のカーター弁護士から先生に鑑定の申請がでていますので、よろしくお願ひします。ご承諾いただけますね。鑑定内容はあとで文書でお願ひしますが、一応申し上げますと・・・・・・・・・・」という連絡である。

やがて正式な鑑定依頼がきた。到着した鑑定依頼の文章はこうなっている。

### 鑑定依頼事項

- 1.本件の麻酔方法に、不審な部分、正常でない部分があるか。

それはどこか。

- 2.正常でない部分があるとして、

その程度が本件の事件の原因となりえたか

- 3.本件の異常は、当時の医学水準に照して、妥当か

- 4.本件の異常は、対策不可能な特殊事情があったか

以上を対応する項目毎に箇条書きで結論を書いて、なお詳しく説明してほしいということである。

鑑定依頼と前後して、カーター弁護士から追加の証拠の書類が届いた。病院の麻酔科医がどのようなスケジュールで働いているかを、実際に麻酔科医の記録を中心に追求している。

それによると、噂のとおり担当の麻酔科医は他の部屋でもっと大きなケースの全身麻酔を担当している。こちらの麻酔記録はしっかりしていて、もし自分で書いていたとすれば、ほとんど部屋にこもりきりだったろうと推測できる。

さらに調べてみると、この病院ではこうしたやり方がきわめて日常的に行われていることが判明した。押収した書類の中には、この担当麻酔科医フォークナー医師から麻酔科主任と病院長にあてて、こうした麻酔法の危険を訴えた詳細な上申書が見つかった。同時にモニター機器の整備も要求している。そのすぐ後には、麻酔科主任自身が病院長にあてて、同様な上申書を提出している。麻酔科の内部で議論のあったことを示している。

鑑定書の期限は2ヶ月先だったが、ナフィールドは2週間ほどで書き上げてしまった。鑑定はこうである。

鑑定結果：

1.本件の麻酔方法に、不審な部分、正常でない部分がある。以下の3点である。

- 1) 一人で2件同時に麻酔している点、
- 2) モニター
- 3) 薬物の点

説明：

1) 一人の麻酔科医が2件の麻酔を同時に担当している点が不審ないし異常である。

現在の我が国（アメリカ）の医療においては、麻酔は医師または麻酔ナース一人以上が患者一人を対象とすべきものとなっている。特に、1985年以降、アメリカ麻酔学会はいわゆる“麻酔臨床の基準”を作成しており、その第1項は“麻酔科医は常時患者の枕許に所在しなくてはならない”ということを明記しており、この条件は不文律ではなくて一種の成文化している。（中略）

本件の場合、当時の病院の他の病歴記録を参照すると（追加証拠X-Y号）、フォークナー医師は本件とは別の患者の大きな手術の全身麻酔を担当していることが明らかである。なおこの点は、原告代理人がフォークナー医師に確認している。

2) モニター機器が心電図だけというのが、やはり不審ないし異常である。

上記アメリカ麻酔学会の基準は、“心臓の動きと呼吸を持続的に確認しておく”と規定している。この点は、“持続的監視”であって、通常の血圧計のような間欠的測定だけでは条件は満たされない。

この点で一般の麻酔科医が使用するものは、パルスオキシメーターとくにプレティスモグラフ付きのパルスオキシメーターである。これを使用することによって、動脈血酸素レベルが確認されて、呼吸の最終結果を確認できる。さらに、同時に心拍の持続を確認できる。パルスオキシメーターは、現在のアメリカの麻酔においては、常備のモニター機器であり、これを使用しないままで麻酔を施行したことがそもそも異様である。

なお、本件では呼吸停止が先行していた可能性が否定できない。そうすると、現在多くの麻酔科医が行っていたように、呼気の二酸化炭素モニターを使用していれば、本件の発生をずっと早期に検出できたであろう。

3) 薬物の量がやや不審ないし異常である。

本件では、ディアゼパムを合計20mg使用し、さらにトランキライザーと麻薬も少量加えている。患者が長身で肥満体であることを考慮すると、この量は特に多くはないのかもしれない。しかし、脊椎麻酔に対して常識的に使用する量よりは、やや多い。

2. 正常でないことの程度が、本件の事件の原因となりえた。

## 説明

本件は、心停止で発見されているが、それ以前に呼吸停止が発生していた可能性が高い。また、心停止も、発見された時点からやや遡って発生したことが推定される。

脊椎麻酔を含めて、手術室で突然発生した心停止は、一般に予後が良好な場合が多い。蘇生の機器、担当者の学識と経験などが整っている場合が多いからである。

しかし、事件発生から発見までに時間が経過すれば、予後が不良なのは当然である。その間に、脳をはじめとする全身の障害が進行してしまうからである。

麻酔担当の医師あるいはナースが現場にいなかったことが、発見を遅らせたことは容易に推測される。また、しかるべきモニター機器を使用していなかったことも発見を遅らせたことは確実である。さらに、やや大量の薬物の使用は呼吸停止と心停止を誘発する因子の一つとなったであろう。

3.本件の異常は、当時の医学水準に照して、妥当ではない。

説明：

すでに1で説明したごとく、現在の我が国の医療においては、麻酔は医師または麻酔ナース一人以上が患者一人を対象とするのが標準である。また、麻酔の種類に関係なく、“心臓の動きと呼吸を持続的に確認しておくこと”と規定している。

それが行なわれていなかったことは、妥当ではない。

本件と類似の状況で心停止の発生することは、カプランによって発表されている。また、この特定の論文以外にも、麻酔科医の間では逸話的に話されている。したがって、本件のような心停止の発生は、低い蓋然性ではあるが予見できた。本件の麻酔法はそれに対応していない。

4.本件の異常は、担当麻酔科医フォークナー医師には対応は不可能であった。病院が対応することは可能であった。

追加証拠に示すごとく、当該病院では麻酔科医と麻酔ナースは慢性的な不足状態にあり、それに対して、フォークナー医師も麻酔科主任もくり返し要望を提出していた。しかし、病院当局も外科系各科も、この要望にまったく協力しなかった。したがって、対応は担当麻酔科医レベルでは不可能であった。



病院と病院長のレベルでは対応可能である。不可能と考える理由は、経済的問題以外には思いうかばない。

付記：なお参考意見として下記の点を述べる。

本件発生の199X年の時点において、アメリカ国内、それもボルティモアのような大都会、しかもその市立病院において、麻酔科医療がこのような状況にあることは、鑑定人は不明にして知らなかった。アメリカ麻酔学会の基準は、どこでもすでに基本的には満たされていて、ただそれを厳密にまもる心構えを成文化したものというのが、鑑定人の認識であった。われわれの周辺にあっても同様な認識をもっている麻酔科医、麻酔学者が多い。今後、学会としても連邦や各州の医療管理機構と共同して、この点を調査して改善していく努力が必要である。

教授は“こういうのは、面倒だけれど何回も書くと楽になるだろうな。もっとも、今度のは論理も結論もすっきりしている。そういう点ではやりやすい方だな”と思いながら、鑑定書を書き上げた。あとは、身近な人に読んでチェックしてもらうだけである。

「クスハラ先生、ちょっとお願いできますか。例のボルティモアの事件の鑑定書を書き上げたのですが、読んでコメントをお願いできませんか」。ナフィールドは、クスハラ先生にみせて批判を仰いだ。クスハラ先生は読んでから、

「やあ、これは明快ですから、問題ないですね。それにしても鑑定書というのは、アメリカも日本も、形式とか考え方とかまったく同じですね。もっとも、日本が欧米諸国をまねているのだろうからあたりまえかな」とコメントした。

鑑定書はヤング先生にもみせている。もっとも、こちらはデートの口実の感じでもある。でも、ヤング先生の方が一生懸命読んでコメントした。

「これはちょっと実も蓋もない表現ね。もう少しふくらみをもたせるというか、衣でくるむというか、やわらかく表現してもいいのではないかしら。でも、ナフィールド

先生ならこれで当然かなあ。それに、裁判官もはっきり言ってもらった方がわかりやすいかしらね」という感想をもらした。あとは、テニオハに手をいれたりした。

それにしてもこの件を口実にして、ナフィールドとヤング先生はあの時以来4回デートしている。お蔭で、ずいぶん親しさを増したようである。ボルティモアの事件が縁結びの役割を果たしているというところだろうか。

## カプランの論文と日本の研究

鑑定書を提出して数日後、クスハラ先生が教授のところにやってきた。

「やあクスハラ先生、昨夜のマーラーはいかがでしたか。リンカーンセンターへいらしたんでしょう?」。リンカーンセンターというのは、コンサートホールやオペラハウスのある場所である。

「ええ、いきましたが、でもちょっとね。」

「よくなかったですか?」

「ええ、マーラーになっていなかったですね。特に“大地の歌”はね。」

「どうしてですか。歌が悪かったですか。ニューヨークフィルはマーラーがうまいんですよ。バーンステインは得意でしたし、昔のブルーノ＝ワルター以来の伝統ももちろんありますしね。」

「いや、たしかに音はいいのですが、“大地の歌”としてはね。元気が良すぎますよ。マーラーの音楽でも特に後期のもの、“大地の歌”などは、もう何ていうか、止まりそうな心臓を無理に薬でたたいている、という性格の音楽ですよ。晩年のマーラーが、病気もあって、乏しくなったエネルギーをふりしぼって書いた音楽ですからね。」

「なるほど。」

「それが、あんなに元気がよくては、何だか余裕しゃくしゃくというかエネルギーにあふれているのでは、後期のマーラーの音楽とは異質だと思いました。」

「先生にそう説明されると、そんな気がしますね。それにしても“止まりそうな心臓を無理に薬でたたいている音楽”というのは、いかにも麻酔科医らしい表現でおかしいですね。もちろん先生の言葉ですね。」

「そりゃそうですよ。先生もご存じでしょう。ねえ、手術室でも集中治療室でもよくみるではないですか。あの臨終のものがきみたいなのが“大地の歌”ですよ。」

「あはは。そのおもしろい表現は覚えておいて、私も何時か使ってみたいですね。」

“クスハラ先生は、ときどき面白いことをいうな。まあ言葉も自由だが”と感心している。

教授が感心しているところで、クスハラ先生が何やらファクスの記録らしいものを取り出して話しはじめた。

「先生、面白いものを見つけましたよ。カプランの論文の裏付け研究です。」

「といたしますと？」。カプランの論文は、ヤング先生から教えられて読んだ後で、クスハラ先生にも知らせておいたのである。

「カプランのは、ただ脊椎麻酔で心停止が起こるという事実だけの報告ですね。メカニズムまでは当然検討してなくて。まあ、考察の部分にちょっと書いてはありましたけれどね。」

「そうですね。症例の記録を集計したものですから止む終えないけれど。」

「論文を読んだ時、先生も私も“本当は心停止でなくて、呼吸停止が先行していたのだろう”と推測しましたね。あるいは呼吸が本当には停止していなかったとしても、極端に抑制された状態になったという可能性も含めてね。私は実際にみたことがあるといたしましたけれど。でも、ちゃんとしたデータはありませんでした。先生の鑑定書も推測です。つまり先生や私のは一応の説明であって、データの裏付けはなかったから、あくまでも仮説です。」

「そうですね。証拠はないもの」と教授。

「ところがね。日本でそういう研究をやった人がいるのです。どうもどっかで読んだような気がしたので、調べたら見つかりました。日本語の論文ですけれどね。」

「どういうことですか。」

「ようするに、脊椎麻酔で呼吸が止まるかどうかを、ボランティアで実験しているのですよ。」

「なるほど。それは面白そうですね。結果はどうなっていますか。」

「日本語ですから、図と表をみながら説明しましょう。」

「おねがいします。」

「対象は、睡眠時無呼吸症候群の傾向のはっきりしている人が4名です。この人達の終夜脳波を取り、睡眠を観察するのです。これは通常の睡眠研究のやり方ですね。」

「ところで、このボランティアのくも膜下にカテーテルを入れて、いつでも脊椎麻酔ができるようにしておきます。さらに点滴も入れておいて鎮静薬も使うのです。そうして、脊椎麻酔したり、鎮静薬や麻薬を投与したり、さらに両者を組み合わせたりするのです。それで、呼吸を観察計測するのですね。」

「そりゃすごいな。」

「でしょう？ それでね。結果はここにありますが、予想通りです。」

「ははあ。」

「無呼吸のある患者に脊椎麻酔すると、無呼吸発作は数が大幅に増加し、時間も延長します。鎮静薬と麻薬を投与しても同じで、無呼吸発作の数が増えて、時間も延長します。」

「なるほど。」

「さらに両方組み合わせます。つまり脊椎麻酔して、さらに鎮静薬を加えるのです。そうすると、変化が非常に強くなります。呼吸は本当に停止してしまうのですね。実験では安全のために酸素を投与したので、危険はありませんでした。」

「それはずいぶん用心深いな。でも、ボランティアでやるのだから当然かな。」

「でも、これをみて下さいよ。一番長い呼吸停止は6分以上ですよ。それも、あまり心配で人工呼吸にしたと書いてあります。全例、呼吸停止時間が大幅に延びています。酸素を使用していなければ、半数は死亡したはずだというのが、論文の結論の一つですよ。」

「これは見事ですね。先生、お願いですから、それを翻訳して英文にしていただけませんか。裁判所に提出したいと考えますので。」

「いいですよ。でも全文必要ですか。抄訳ではいけませんか？」

「いや、全文の方がいいでしょう。抄訳だと都合のいいところだけ訳したと裁判所が解釈するおそれがありますから。先生がたいへんなら、だれか日本語の読めるものを探しますけれど。」

「なあに、乗りかかった船ですから自分でやりますよ。2, 3日あればできるでしょう。」

クスハラ先生の仕事が速いのは、教授もよく承知している。何しろ、論文も本もたいへんな勢いでたくさん書くのである。コンピュータもタイプも好きで、“論文だって本だって、すぐ書けるけれど、本屋がこまるから遠慮しているんだ”とジョークをとぼしていた位である。教授は“あれはきっと明日までに仕上げるのではないかな”と期待した。

「ところで、クスハラ先生、その研究はカプランのデータを実証するための研究ですか。それとも、たまたま睡眠時無呼吸症候群と脊椎麻酔と鎮静薬を研究したのですか。」

「論文の書き方では、カプランに触発されたようですね。研究のグループは麻酔の人達です。睡眠時無呼吸症候群の研究を以前から手掛けていたということはなさそうです。引用文献の中に、自分達の論文は一つもリストしていませんよ。だから、この領域の研究ははじめてなのでしょうね。」

「まいったな。こういう研究こそ、アメリカでとうぜん誰かがやるべきでしたね。」

「それは別にいいでしょう。世界は一つですよ。」

「でも、日本語ではわれわれは読めませんから。」

「そりゃまあ、そうです。でも、論文の要旨は英語でデータベースには入っていますよ。あまり上等の英語とはいえないけれど。まあ内容の理解には十分です。」

「そうですか。私も早速データベースにアプローチしておこう。」

「この論文はメドラインにも入っていて、タイトルだけでなくて要旨も出ます。私がみつけたのも“睡眠時無呼吸症候群”と“脊椎麻酔”を組み合わせでコンピュータ検索したら、ひっかかってきたのです。全文の方は、日本からファクスで送ってもらい

ましたが。でも、この雑誌そのものは大学の図書館にはたしかありますよ。全部そろっているかどうかは確認していませんが。」

「先生、論文をせっかく英語にして下さるついでに、教室でその論文の内容を紹介していただけますか。脊椎麻酔と呼吸停止の問題は、教室員に十分認識させたいと考えていましたので。」

「いいですよ。いつやりましょうか。」

「この次のジャーナルクラブでお願いします」と教授は頼んだ。

教授の予想とおり、クスハラ先生は翌日には翻訳を仕上げてきた。教授はその日のうちにコピーをカーター弁護士に送り、証拠としての追加申請を依頼した。また、コピーをもう一部つくってヤング先生にも渡した。それを口実にディナーに誘ったのはもちろんである。

## 鑑定証言の打ち合わせ

数週間後、教授は本の整理をしていて、梯子から落ちて、腰をひどく打った。はげしい腰痛でまったく動けなくなって、自分のつとめるニューヨーク大学病院に入院してしまった。整形外科の医師の診断では、たんなる打撲だが、一応硬膜外ブロックをして、三日間の絶対安静が必要だという。

“こりゃ、まいったね。でもまあ丁度いい休暇になったというところかな”と思いながら、ベッドに横たわっている。サリーに頼んで、郵便を処理したり、読みたいと思っていた本を買ってきてもらったりした。“パソコンを持ってきてもらって、少し仕事をしようか”とも考えたが、まあやめてとりあえずは神妙にしていることにした。

入院の翌日、ボルティモアからニューヨークヘカーター弁護士がやってくることになった。これは前もって決めてあったことで、狙いは鑑定尋問の打ち合わせである。今回の鑑定尋問は、カーター弁護士が教授を尋問するので、いくらでも打ち合わせられる。質問事項のアウトラインはすでにカーター弁護士から届いていて、教授も解答をだいたい考えていた。今回は“念のために直接お会いして”ということで、ベッドでもいいというので、会うことにした。

当日到着予定の午後3時が過ぎて、カーター弁護士が到着する代わりに電話がきた。

「先生、ご病気だそうで、そんなところにご迷惑をおかけして申し訳ありません。その上にさらに済みませんが、実は飛行機の事故があって、つい先程、搭乗直前にボルティモア空港が閉鎖になってしまいました。やむおえませんので、車でニューヨークに向かいます。これからでするので、到着は夜になるかと思いますが、それでもよろしいですか」という。まあ、迷惑だとは思いますが、個室だし病気の性質上特にこまることもない。そう考えた。

「かまいませんよ。どうせ、一日中ねていて退屈していますから。夜でもいいですよ。明日も特別の予定はないですから。それよりも、急いで交通事故を起こしたりしないように注意して下さいよ。それから、ニューヨークの宿の予約が必要かもしれませんよ。急に泊まろうとすると、ウォードルフアストリアのプレジデントルームしかない、なんていう羽目になると気の毒ですから」と教授は冗談めかして注意した。ウォード



ルフアストリアのプレジデントルームというのは、ニューヨークっ子の冗談で、歴代大統領や各国の元首クラスが宿泊する設備で、宿泊料は伝説的にいろいろなことがいわれているが、途方もなく高価であることはまちがいない。

「有難うございます。それでは、これから伺います。到着はおそらく7時過ぎになるかと思しますので、よろしく願います」といって電話が切れた。

予定をさらに過ぎて、夜の8時過ぎに、ようやくカーター弁護士が病院にやってきた。若者を一人つれている。

「やあ、先生。ご迷惑をおかけします。こんな夜遅くなってしまって済みません。今日は、私のところで働いているダニーと一緒にきて貰いましたのよ。法科の大学院を出て、司法官試験の勉強中です。ダニーは運転が上手なので、ニューヨークまで車ならと思って頼んだの。でも、さいわいにアムトラックがとれたのでそれできましたわ」という。

「電車ですか。いかがでしたか。汚くないですか」と教授。

「いいえ、私も知らなくて、ダニーにいわれて乗ってみたのよ。初めてでしたが、案外具合がいいのに感心しましたわ。とてもきれいで。それに、電車があることを知らない人が多いのね、きっと。空港閉鎖だから当然もっと混雑するかと懸念したのに、そうでもなくてけっこうガラガラでしたわ。ニューヨークではグランドセントラルに着きますから、ここには近いのよ。」

「それはよかったですね。ボルティモアからどの位かかりますか。」

「4時間弱というところかしら。先生にお電話したのが3時過ぎだったでしょ。それから、ダニーに迎えにきてもらって車でこようと思ったのよ。ところが、ハイウェイに向かおうとしたところで、ダニーが鉄道のこと気がついたのね。それで駅に電話したの。そうしたら席があるというので、急遽電車にしたのね。乗ったのは4時ちょっと過ぎだったわよね、ダニー。それで、グランドセントラルには8時前についたから、4時間はかかっていないわね」という。いつもは必要なことだけしか話さないカーター弁護士だが、今日はずいぶんよくしゃべる。話し方までまるでいつもと違う。

“飛行場が閉鎖になったり、はじめて電車にのったり、病室で仕事しなくてはならなかったりで興奮しているのかな。それともダニーと一緒にだと違うのかな”と教授はいぶかった。“だまっていると、いくらでも電車の話しを続けそうぞ”と思った。

「それでは仕事を片付けましょう」と教授は、二人をさえぎって打ち合わせを開始した。あらかじめ受け取っていた想定質問のリストを使って、打ち合わせはリストのとおりで順調に進んだ。終わり近くなって、どうして心臓がとまったのかという、メカニズムの議論になった。

「そうそう、先生からお送り頂いた日本の研究論文の翻訳は裁判所に提出して証拠書類として申請しました。それでよろしいですね」とカーター弁護士。

「けっこうです。ところでクスハラ先生のごことはご存知でしたっけ。」

「いえ、先生がお話し下さっただけで、私は直接お会いしたことはありません。東京の方だとおっしゃっていましたね。お会いできますでしょうか。英語は話せますか」とカーター弁護士。さきほどのきゃあきゃあいう感じがなくなって、もういつもの調子に戻っている。「なんだか、別の人になってしまったみたいだなあ」と教授は感心している。

「カーター先生、今晚はニューヨーク泊まりでしょうか？ 明日、帰る前にクスハラ先生に会っていかれたらいかがですか。面白いですよ。言葉は問題なくうまいです。議論が好きですから、私もいろいろと相談にのってもらっているのですが、先生が直接だどこの問題についても何か別のサジェスションがあるかもしれません。裁判のやり方にも興味をもっていらっしゃるようです」。そういいながら、教授はクスハラ医師に電話した。カーター弁護士とクスハラ医師が直接電話で話し合っ、翌朝落ち合っ、て朝食を一緒にすることになった。

「それじゃあ、ダニー。これで失礼しましょうか」といって、カーター弁護士は帰って行った。

“カーターさんてなかなか魅力的な女性だな。いつもは固くて、弁護士というのはああいうものかと思っていたけれど。さっき着いたばかりの調子は少し面食らったね。あんな風に、若い女の子みたいにきゃあきゃあおしゃべりとは思っていなかったものなあ。でも、あの姿をみて楽しかったね。

“まあ、ふだん少し固いのは職業の顔なのだろうな。今日は興奮しすぎとしても、地が出たところもあるんじゃないかしらん。

“そういえば、カーターさんの私的なデータは何も聞いていないな。いくつ位だろうか。37か8というところかな。年齢はヤング先生と同じ位だろうが、でもヤング先生とはずいぶん気質が違うね。ヤングさんはにぎやかで華やかな感じだが、カーターさんはもっと生真面目でものしずかな印象だ。

“ヤングさんは世慣れていてやわらかくて、カーターさんは同じ世代でも世界がせまくて固いね。そういえば、カーターさんは結婚の経験はあるのかな。いまは独身なのか結婚しているのか、まったくわからないけれど、でもさっきの様子は奥さんとかお母さんというより、若い女の子の感じだったなあ。

“ところで、ダニーはただの書生かな。ボディガードに連れて来たというところだろうか。それともボーイフレンドかしらん。

“食事にでもさそってみたいと思いつつまだチャンスがないな。ダニーがいなければ、カーターさんとクスハラ先生が今夜会ったってよかったのだが。”

ずいぶん勝手なことを考えながら、教授も眠りについた。

## ニューヨークからボルティモアへ

「クスハラ先生、先生はたしかワシントンにいらっしゃるとおっしゃっていましたね。予定はいつですか」。退院してから何日かして、教授はクスハラ先生に話し掛けた。鑑定尋問の日が近づいている。

「ええとですね。来週の金曜日にぜひ出席したい研究会があるので、そのついでに数日滞在して見学したり、博物館へも行きたいと考えています。出発の日はまだ決めていませんが」とクスハラ先生。

「ワシントンははじめてですか。だれか案内をさせましょうか」と教授。

「ええ、はじめてです。でも、同僚がいて案内してくれることになっています。スミソニアン博物館を是非訪れる予定です。」

「スミソニアンといってもいろいろありますが。」

「だそうですね。私のは欲張っていますよ。まず、アメリカの歴史博物館で麻酔や血液ガスの展示をみたいのです。一般向けに麻酔の展示があると聞いています。それに、電極法による血液ガス測定の1号機もおいてあるとか。

「それから航空博物館にも行ってみたいし、やはり美術館にも一応行きたいです。絵の趣味はたいしたことはないのですが。」

「先生は音楽はお好きで、よくリンカーンセンターやカーネギーホールへいらっしゃることはきいていましたが。美術にも興味がおありですか。ニューヨークのメトロポリタンや近代博物館へはいらっしゃいましたか。」

「ええ、一応行ってきました。メトロポリタンは大きくて大変ですね」とクスハラ先生。

「ところで、ワシントン行きですが、私も来週の水曜日にボルティモアへ行く用事ができました。例の事件の鑑定証言です。ボルティモアは通り道ですからご一緒しましょうか」と教授。

「それはそれは。でも飛行機だと飛行場が違うでしょう？」

「飛行機でもいいのですが、今回は電車にする予定です。先生は鉄道にもご趣味がありと伺った記憶がありますが。」

「電車ですか。それは面白そうですね。ワシントンだと地面を行っても時間はあまり変わらないので、私はバスのことを考えていましたが、鉄道があるならその方がもっと魅力的ですね。それはぜひお願いします。先生は何回か使われた経験がありますか？」

「いや、実ははずかしながらありません。いつも飛行機か、さもなければ車を運転して行っていました。でも、私も電車はきらいではありません。ニューヘブン位だと鉄道で行きます。実は、先日ボルティモアから弁護士のカーターさんが来た時に、飛行場が事故で電車できたと言っていたのです。それで調べてみると、カーターさんは4時間とっていましたが、特急電車で3時間かからないのがあるのですね。」

「そんなに短時間でいかれるのですか。」

「まあ、アムトラックは日本の新幹線にはとうていかないませんが、でも鉄道というのはそれなりに余裕があって、気持ちがいいですしね。」

「そうなんですよね。飛行機ではしぼりつけられて運ばれるようなものですし、何回も乗り換えをしたり、立ち止まらされたりで時間がこまぎれでしょう。」

「ところで先生、ボルティモア見物はいかがですか。私は娘がいるので、先生がよろしければ、娘に案内させて翌日ワシントンに送らせませよ」と教授。

「それもいいですが、先生。ボルティモアに寄るんだったら、先生の証言される裁判を傍聴させていただきませんか。アメリカの裁判がどういうものか興味もあります。」

「傍聴ですか。先生のように知ってる人が傍聴席にいると緊張するなあ。証言しにくいですよ。」

「そうですか。まあ、迷惑なら無理にとはいませんがね」とクスハラ医師は案外あっさり引き下がった。

「その代わりというのも変ですが、娘にボルティモアを案内させませよ。」

「それはありがたい。ご迷惑でなければお願いしましょう。せめてジョンズ＝ホプキンス大学の建物くらいは見物したいとも考えていましたから。」

というわけで、二人は電車でボルティモアまで出かけることになった。ニューヨークからボルティモアは300 km、そこからワシントンは100 km 足らずである。

前日までにサリーがチケットを入手しておいて、各自に渡しておいた。

「それでは、明朝7時45分にグランドセントラルのホームの入り口でお会いしましょう。グランドセントラルはご存知ですね。」

「ええ、利用したことはないと思いますが、駅は何回か入ったことがあります。マジゾンスクエアガーデンの近くですね。」

「そうです。それでは明朝」ということでわかれた。

翌日、クスハラ先生は30分以上も早く駅についた。列車が指定でもあり、ナフィールド教授と待ち合わせることであり、時間をたっぷり計算しすぎたわけである。駅の中をぶらぶらしていると“CHECK-IN”という窓口をみつけた。聞いてみると、ここで荷物をあずけると降車駅までもって行ってそこで降ろしてくれるという。飛行機のシステムと同じである。さっそく荷物をあずけた。

まもなくナフィールド教授がやってきた。

「おはようございます。あれ先生、荷物は？パソコンだけですか。」

「チェックインしました」とクスハラ先生。

「あれあれ。たいした荷物ではないのでしょうか？ 預けない方がいいのに。まさか大事なものは入っていないでしょうね」とナフィールド教授。

「ええ、下着とかジョギングの靴とかです。こいつは手元におきましたから」とクスハラ先生は愛用のパソコンをぶらぶらさせている。

まもなく時間がきて電車に乗り込んだ。アトランタ行きの長距離電車である。

「とてもきれいですね。これなら新幹線より立派ですよ。」

「そうですね。でも、揺れはずっと大きいはずですよ。」

座席は片側に2つ、通路を隔てて反対側に一つだから、非常にゆったりしている。

走り出すとハドソン川をトンネルでわたり、すぐ地面にでた。スピードが上がると、なるほど随分ゆれる。それに高速道路は両側に樹木が植えられているが、鉄道は周囲に緑が少ない。工業地帯と荒地の中を走る感じである。

まもなく、朝食がでた。パンケーキとハムとサラダとコーヒーの簡単な朝食だが、料金はとらない。飛行機と同じで運賃に含まれているということである。

「ええと、料金はいくらでしたっけ。90ドルですか。特別サービスの一等車でしたね。300kmでこの料金で食事付きは、新幹線よりずいぶん安いですよ。ニューヨークとボルティモアは、東京から名古屋までと同じ距離ですね。新幹線だと、普通車で同じくらいの値段で、特別サービス車ですと2倍ちかくなります。それでも食事はつきませんね。アメリカは物価が安いですね」とクスハラ先生。

「でも、それは当然でしょう。そもそも1ドルが100円とかいう為替レートが人工的で、ドルが安すぎますから。第一、日本は土地がせまいから、鉄道を敷くのも運営するのも高くつくはずですよ。それに何と云って、新幹線は列車の数が多くて、予約なしでのれて、その上ぜったいに安全ではないですか。私は少くともあの方がいいですね」と教授。日本人のクスハラ先生が新幹線に不満をいい、アメリカ人のナフィールド教授がそれを弁護している。

「ところで、ナフィールド先生。おもしろいことを発見しましたよ。日本の鉄道には、いまは荷物を預けるシステムがありません。でも、昔はあったのです。私が子供の頃のことですが。それがね、日本では“チッキ”といいならわしていました。当時は、語源のことは考えませんでした。さっきニューヨークで荷物をあずけて、“チッキ”の語源が“CHECK-IN”だと気がつきました。なくなってしまった事柄の語源が今頃わかるというのも変なものですが」とクスハラ先生。

「それは面白いですね。英語が日本式になまって使われていたということですか。日本語には、ポルトガル語やスペイン語がたくさん入っているという話を聞いた記憶はありますが、英語もありますか」とナフィールド教授。

「それはもうたくさんあります。日本が西洋文明にふれた最初の国がポルトガルですから、ごく基礎の生活用語が入っています。パンは日本にはなかったのが、当時入ったので、いまもポルトガル語を使っています。その次がオランダで、オランダ語の単

語もずいぶん残っています。でも、鉄道が入ってきたのは19世紀で、そのころになると相手はイギリスやアメリカ、ドイツですね。だから、近代的な用語になると英語が多いですよ。日本の鉄道は、基本的にはイギリスから輸入していますから」とクスハラ先生。

「なるほどね。それにしても先生、荷物をあずけてはいけませんね。アメリカのシステムは、今は信用できません。なくなるといいですが」とナフィールド教授はまだ心配している。

「クスハラ先生、先生はコンピュータを実によく使われますが、コンピュータで日本語をつかえるのですか。」

「もちろんですよ。ご覧になりますか。ここに持っていますから。」

「あ、そのコンピュータで日本語が使えるのですか？ それは小さいマッキントッシュでしょう？ 私は他の専用のコンピュータが必要なのかと思っていました。」

「そんなことはありません。ふつうのパソコンですよ。おみせしましょうか。」

「ええ、私は日本語のように複雑な文字を、どうやってコンピュータが扱えるのが不思議に思っているので一寸見せて下さい。」

「簡単ですよ。アメリカの方が使うのと同じです。こんな風にしてね」といいながらクスハラ医師は一寸した文章を入力してみせた。

「すごいですね。キーボードとどういう風に対応しているのですか。このキーボードはわれわれの使うものとかわりませんね。」

「ええ、同じです。同じコンピュータですから。」

「それでどうやってこういう文字を入力できるのですか。」

「それはこうです。日本語にカナという表音文字があるのをご存じでしょう。それをアルファベットで表現する方法が確立しています。」

「つまり、アルファベットのキーボードを打って、カナを入力するわけですね。」



「そうです。そのカナを今度はコンピュータに持たせた辞書と対応させて漢字に変換します。辞書というのは、つまりカナと漢字の関係を辞書にしたものですね。データベースですね。」

「日本では誰でもコンピュータで文字を書きますか。」

「いや、急速に普及ははじめていますが、アメリカと比較すればまだ少ないです。」

「日本人は器用ですし、こんな便利なものを何故利用しないのですか。」

「最大の理由はキーボードですよ。アメリカでもヨーロッパでもタイプライターは伝統があります。もう100年以上もタイプを使用しているのですよね。」

「そうですね。」

「ところが、日本にはタイプがありませんでした。タイプライター自体はたくさん作って外国に輸出までしていましたが、国内ではまったく使いませんでした。ですから、キーボードを使える人が非常に少ないのです。」

「なるほど。それでコンピュータの普及が遅れたのですか。」

「それが大きな理由だと思いますよ。」

「他にも何か？」

「もう一つ、こういう理由もあります。コンピュータが8ビットのころは、漢字を扱うのは困難でした。漢字を余裕をもって扱えるようになったのは、コンピュータが16ビットになってからです。」

「ああ、それはわかりますね。8ビットだと256の文字しか扱えないが、16ビットだと、えーと6万位の文字が扱えるのですね。漢字はいくつありますか？」

「ふつうわれわれが使うのは5千位ですね。このコンピュータは8千もっています。」

「なるほど、それなら十分ですね。パソコンが8ビットから16ビットになるまで、数年の遅れができたのですね。」

「その他にも、プログラムが当然もっと複雑になるますよね。ところが需要がすくないから、いいプログラムができるのに時間がかかりましたね。そもそも、どうやって入力するべきか、議論がありましたよ。」

「いまはもう解決しましたか。」

「ええ、技術的には解決しました。しかし、使う人のタイプの技術は時間がかかりますから、普及は遅いわけですよ。」

「でも、アメリカだってタイプの打てない人は沢山いますが。」

「でも、打てる人の割合が日本は低いです。それにね、日本語の方がタイプが上手でないとだめなんです。」

「なぜですか？」

「英語なら、キーボードをみながらでも打てますよね。画面はみる必要がありませんね。ところが、日本語ではカナを漢字に変えるという手順が加わるので、画面をみていなければなりません。ですからタイプは上手でなければだめなのです。」

「なるほど、私みたいな一本指タイプでは無理か」とがっかりしたようにいう。といっても、教授の日本語は片言である。

「それにしても、私のコンピュータには漢字は載っていないでしょう？ それでどうやって漢字を画面に出すのですか。」

「違うソフトを使うのです。日本の文字を持っている別の種類のOSを使います。」

「アメリカとは違うのですか？」

「基本は同じですがね。ただ少し差があるので、そのために一部のソフトは動きません。」

「それでは不便ではないですか。」

「そうでもないですよ。漢字をはずして英語だけにすれば解決するのですから。つまり日本語用と英語用と基本ソフトが二つあるということですね。」

「2種類つかうのは不便ではありませんか。」

「それはまあ少しはね。でも、自由に切り替えられます。日本語と英語の2カ国語をしゃべるのと比べたら簡単ですね。もっとも、この状態に落ち着くまでにはけっこう手間も時間もかかりましたが。」

「そうですね。先生のはマッキントッシュだけど、IBM互換機でもできるのですね。」

「できますよ。私はそちらもつかいます。」

ボルティモアには定時に到着した。クスハラ先生は正確なことを誉め、ナフィールド教授は意外だといいいながら、それでも新幹線にはかなわないと、また議論した。

さて荷物を受け取ろうとすると、案の定みつからない。教授は“いわないことではない”という顔をしている。しかし、駅員は心配ないと説明してくれた。

「いや、あなた方の乗ってきたのは特急でしょう。特急は荷物は運びません。後からくる急行電車がちゃんともってきますよ」という。なるほど、駅で1時間近くまっていると、次の列車でクスハラ先生の荷物が到着した。「無事でよかったですね」と、教授は自分のことのように喜んでいる。クスハラ先生の方は、たいしたものも入っていなかったこともあり、かえって平然としていた。

教授のお嬢さんは、ボルティモアの大学に通っている。丁度休暇でニューヨークへ帰るところだったが、予定を一日遅らせることにして、今日は一日、クスハラ先生の案内を買ってでた。二人は早速車ででかけていった。教授の方はゆっくり食事してから、裁判所に出頭である。

## 第1回証言

ニューヨークの友人に教えられてきたダウントウンのレストランで昼食をとってから、ボルティモア裁判所には予定時間の30分前に到着した。久方振りの証言なので、軽い興奮を感じている。

“ずいぶん古い建物と新しい建物が同居しているみたいでおかしいね”と思いながら、中に入った。おそらく由緒ある部分を一部残して、新しく立て替えたものだろう。

「ああ、ナフィールド先生ですね。お待ちしておりました。ちょっと、事務的なことがございます。書類を準備いたしますので、こちらへどうぞ」。そういわれて小さな部屋へ通された。そこで出頭の書類にサインしてから、法廷に案内された。法廷の前にはカーター弁護士がまっていた。

「先生、よろしくお願ひ致します。先日の打ち合わせから状況は特に変わっておりませんので、あの通りでよろしいと存じます。

「ところで、先生はボルティモアの町はよくご存知ですか。たしか、お生まれはニューヨーク州北部と伺ったように記憶していますが。」

「そうですね。ボルティモアは何回かきたことはありますが、いつも所用で短期間の滞在ですから、本当には知りません。娘が大学に通っていますが、それも特に面倒をみてやっていませんし。」

「それはそれは。それでは法廷が終わりましたらご案内いたしましょうか。」

「いえ、遠慮しましょう。そちらもお忙しいでしょうし。それに、実は友人のクスハラ医師を娘が案内してしまして、こちらが終わり次第合流して早めのディナーをすませて、私はニューヨークに帰ることにしています。」

「そうですか。それでは町の案内は次の機会ということで」といいながら、二人は法廷に入り、それぞれの席に向かった。

まもなく裁判官と陪席判事が入ってきて着席し、開廷を宣言した。型通り、名前、職業、簡単な経歴を述べて、宣誓サインする。それから、裁判官の指示で、カーター弁護士が立ち上がって尋問を開始した。

「鑑定書によれば、“本件発生当時、麻酔科医フォークナーが2件の麻酔を同時に担当している点が不審ないし異常である”ということですが、これはそれほど異常なことですか。」

「私は異常と考えます。現在では、麻酔は医師または麻酔ナース一人以上が患者一人を対象とすべきものです。一人の患者に複数の麻酔科医がつくことはありますが、逆に一人の麻酔科医や麻酔ナースが同時に複数の患者のケアにたずさわることはない、というのが私の認識です。」

「それは、普遍的な事実と考えてよろしいでしょうか。」

「事実かといわれると、私は国中のことを調査しているわけではないので、自信をもって返事はできません」と答えながら、“どうも、カーター弁護士は打ち合わせとはちょっと違うニュアンスで尋問しているな。何か意図があるのかな”と感じた。

「それをサポートするような事実を鑑定人は何か知りませんか。」

「事実という言葉に該当するか自信がありませんが、鑑定書にも書いたように、1985年以降、アメリカ麻酔学会はいわゆる“麻酔臨床の基準”を作成して配布しています。その第1項に“麻酔科医は常時患者の枕許に所在しなくてはならない”ということをも明記していますから、学会に所属している麻酔科医はそれに従っているのが当然と考えます。」

「それはわかっています。しかし、こうした条項を書き込むこと自体、それが実行されていないことを示すものではありませんか。いいかえれば、この条項は一種の努力目標とか建前をかいたものではありませんか。」

「こういう条項に、努力目標とか建前を書く場合のあることは認めます。しかし、私はこの条項が二つの麻酔を同時に施行する場合を想定して、そういうことはしないよということの意味しているとは考えていませんでした。現在も考えません。私の理解は、たとえばちょっと物を取りにいくとかトイレにいくような場合でも、代わり

のものが患者につかなくてはならない，瞬時もはなれてはならない，ということを強調していると解釈しています。」

「鑑定人の部署ではその通りにしていますか。」

「そうしています。」

「トイレにもいかれないというのはきついと思いますが。」

「そんなことはありません。大学病院というのはだいたい麻酔の研修医が麻酔を担当し，それを専門医が指導しています。たまたま麻酔を担当していない研修医もいます。そうした研修医や専門医が，トイレや食事の交代程度はできる余裕がありますから。」

「鑑定人自身が，研修医の食事交代をすることがありますか。」

「もちろんです。現に昨日もいたしました。」

「わかりました。質問を変えます。鑑定人自身が，同時に二人の患者を自分で麻酔した経験はありませんか。」

「私自身はありません。」

「伝聞ではどうでしょうか。」

「私が以前に指導を受けた先生から，そういう時代があったことは聞いた記憶があります。」

「いつごろのことでしょうか。」

「さあ，それは。そうですね。私自身が研修医だった時代のことですから，今から20年くらい前に聞いたので，話してくれた先生も昔話として話されていたように思います。そうすると，35年とか40年とかそのくらい前のことではないでしょうか。」

「他には，見聞としてそういうことを経験したことはありませんか。」

「そうですね。ベトナム戦争当時，現地の病院では麻酔科医がたりなくて，一人で複数の患者の麻酔を担当したことがあるという話しをきいたような気がします。」

「戦争でなくて，通常の状態ではどうでしょうか。」

「さあ、記憶にはありません」。なるほど、前に何かの折りに“ベトナム戦争”という話しをカーター弁護士にしたことがあるから、それをいわせて“異常なこと”を印象づけようとしているのか、と内心にやりとした。

「モニターに関して質問します。鑑定人はパルスオキシメーターのことを述べていますが、現在ではこの装置は麻酔の際には必ず使用しますか。」

「使用します。ニューヨーク州では、麻酔の際にはパルスオキシメーターは使用しなくてはならない、という州の規定がありますから。」

「他の州ではどうでしょうか。」

「規定にはなっていない州が多いと思います。しかし、個々の病院のレベル、部局のレベルや麻酔科医のレベルでは必ず使用するようになっていて、事実上の標準になっていると認識しています。」

「これはそもそも何をする装置ですか。」

「パルスオキシメーターは、動脈に酸素がどの位あるかをモニターします。ですから、酸素がたりないとか、呼吸をしていないとかを検出するのです。」

「心臓の動きもみるのですか。」

「ええ、パルスオキシメーターは動脈の拍動を測定する機能があるので、本来は呼吸の装置ですが、心臓もチェックできます。」

「パルスオキシメーターの価格と、麻酔の費用の兼ね合いはいかがですか」と切り込んできた。これは想定質問で検討していた。

「パルスオキシメーターは現在は非常に安くなりました。しかも、これを使用すると安全性が高いことが判明しているのです、医療過誤保険が安く済みます。したがって、純粹に費用だけを計算しても、実は使用した方が有利です。」

「本件の場合に、パルスオキシメーターを使用しなかったのは何故でしょうか。」

「さあ、市立病院の医療過誤保険がどうなっているのか、私は存じません」と答えながら、“あれ、この答えはピンポケかな”と一寸思った。

「本件の場合、パルスオキシメーターを使用していれば事件の発生は防止できたでしょうか。」

「さあ、防止できた可能性はあると思いますが、必ず防止できたとは思いません。」

「それは何故ですか。」

「いくつか理由があります。それを全部説明しますか？」

「説明して下さい。」

「それでは、パルスオキシメーターが役に立たなかったかもしれないと考える理由を説明します。」

「第一に、本件はなんらかの理由で、心臓自体が突然停止した可能性もあります。蓋然性とすれば、呼吸が停止してそれが原因になって心臓が停止した可能性が高いと考えますが、しかし、心臓がいきなり停止した可能性も絶対に否定はできません。その場合でもこの機器は有用性はゼロではありませんが、あまり大きくありません。」

「第二に、本件では麻酔科医がいません。パルスオキシメーターが異常値を示していても、その数値の意味を認識して対応するものがいなければ、情報は無力です。」

「でも、外科医はいたのではないのでしょうか。」

「外科医がパルスオキシメーターのことや脊椎麻酔の問題をよく知っていればですね。知らなければ無意味です。」

「外科医は知らないものですか。」

「知っている方もいらっしゃるでしょうが、一般にはご存知ない比率が、麻酔科医よりはずっと高いでしょう。この場合の特定の外科医のことは私は知りません。」

「他の、パルスオキシメーターが無益な理由がありますか。」

「主なのは上の二つだと考えます。」

「本件の心停止の起こり方について質問します。こういう心停止の発生は予見できたでしょうか。」



「ある程度の学識と経験のある麻酔科医には予見できたと考えます。このような事件は、麻酔科医同士の間では逸話的に話しになっていることです。頻度は高くはありませんが。」

「研究論文として発表されたものはありますか。」

「あります。それは鑑定書の最後に参考文献として、著者名、タイトル、雑誌の巻号、ページなどを示しました。」

「カプランという著者の論文ですね。」

「そうです。説明が必要ですか。」

「簡単に説明をお願い致します。」

「論文の内容は、アメリカ麻酔学会に登録されている事故症例900例を集めて検討して、脊椎麻酔による心停止14例を拾いだして解析したものです。患者は若く、手術は小さく、順調に進行していたのに、突然心停止がおこったのです。特徴は、麻酔開始から少し時間がたって発生していることと、鎮静薬を使用している点です。」

「この論文と本件の関係はどうか。」

「本件の条件は、カプランの論文にすべてあてはまります。」

「カプランは心停止のメカニズムをどう考えていますか。」

「カプランにはメカニズムは書いてありません。学術論文ですから、事実に基づいたことしか書くことを許されないからです。」

「それでは鑑定人の意見を述べて下さい。」

「私は、呼吸が停止して酸素不足になって心停止に結び付いたと解釈しています。鑑定書を書いた時点では仮説でしたが、今は確信しています。」

「それは何故ですか。なぜ、仮説から確信に変わったのですか。」

「それは研究論文が見つかったからです。今回証拠として論文の翻訳を追加提出しました。人間はそもそも呼吸がよく止まるものなのですが、その論文は脊椎麻酔と鎮静薬を組み合わせると、この呼吸停止がひどくなることを示しています。」

「その研究論文というのは、日本の論文で、先生のところのクスハラ医師が訳したものですね。」

「そうです。」

「ちょっと」と裁判官がさえぎった。

「その証拠の申請は受けました。しかし、採用しないことに決定しました。われわれのだれも読めない言語で書かれた論文を証拠とすることは不相当と判断します」と裁判官は宣言した。カーター弁護士は何かいいたそうだったが、我慢したようである。教授はもちろん不満である。しかし、まあ後で弁護士と話そうと考えた。

「それでは、次の質問に入ります。本件発生より以前に、当の麻酔科医フォークナー医師が麻酔科主任および病院当局に対して、当病院の麻酔科医療の危険を訴えている文書があるのをご存知ですね。」

「はい、それは証拠書類の中にあっただので拝見しました。」

「これに病院がどう対応したのかが不明です。鑑定人は意見がありますか。」

「フォークナー医師の訴えはきわめて妥当だと考えます。それが聞き届けられていれば、本件の発生は避けられた可能性が大きいでしょう。」

「病院側はこれに対応した形跡がないのですが、その理由は何でしょうか。」

「さあ、それはわかりません。病院の答えることではないでしょうか。」

その後、いくつかのやりとりがあってから、カーター弁護士は裁判官に向かって、

「これで、私の質問は終わります」と述べた。

「よろしい。それでは、被告側のベンソン弁護士にききます。何か今日の時点で質問したいことはありませんか」と裁判官は被告席にいる弁護士の方を向いた。こちらのベンソン弁護士というのは、中年の男の弁護士で長身である。

「そうですね。詳しくは、本日の質疑の記録を検討してからにしたいと思いますが、一つだけあらかじめ伺いたいと思いますが、よろしいですか。」

「結構です。質問を開始して下さい」と裁判官。

「それでは、一つだけ伺います。このケースに関して、麻酔科医や麻酔のやり方が問題になったようですが、患者の方に問題があったとは鑑定人は考えませんか。」

この質問は想定していなかったもので、思った通りをいう以外にない。

「そうですね。“問題があった”という表現にあてはまらないかもしれませんが、事件発生の寄与因子として考えることはあります。」

「それをお願いします。」

「これは、裁判の記録にも一部あることですが、患者が非常に太っていたこと、それとも関係があるでしょうが、睡眠時無呼吸症候群だったのではないかと疑える点です。患者の奥様も、“よくいびきをかいていてうるさかった”とか、“時には呼吸がとまって心配だった”ということを裁判で発言しています。

「したがって、こういう条件が患者にあったことが、呼吸停止を起こりやすくした可能性はおおいに考えられます。」

「わかりました。これで私の質問を終わります」とベンソン弁護士は着席した。

「裁判長」とカーター弁護士が呼び掛けた。

「どうぞ」と裁判長。

「関連質問です。今の鑑定人の解答は証拠がありますか。つまり、患者が太っていると脊椎麻酔で呼吸停止が起こりやすいということは証拠があるでしょうか」とカーター弁護士がつっこんできた。

“おやおや、カーターさんから強襲をくうことになったな”とナフィールド教授と苦笑いしながら、ちょっと考えて、

「いや、証拠といえば、さきほど裁判長は、私の提出した日本の研究論文自体の採用を否定しましたから、脊椎麻酔で呼吸停止がおこるという想定自体が、証拠がなくなって、仮説に戻ったわけです。ただ・・・・・・・・」ともう一度考えてから、

「そうですね。睡眠時無呼吸症候群が肥満者で頻度が高いというのは確立した事実です。脊椎麻酔とは直接関係はない状況です。睡眠時無呼吸症候群が肥満者に多いのは、証拠がいくらでも上げられると思います。ここにはもっていませんが。

「ですから、脊椎麻酔による呼吸停止が睡眠時無呼吸症候群と類似の条件にあるとすれば、肥満者では睡眠時無呼吸症候群の起こりやすいので、脊椎麻酔での呼吸停止も起こりやすいのではないかと想定するのが論理的です」と説明した。

「鑑定人は、患者が太ってさえいなければ、本件は発生しなかったと想定しますか。」

「そうは考えません。やせている人でも睡眠時無呼吸症候群は発生しますし、やせていても心停止は起こります。」

「わかりました。これで質問を終わります」というとカーター弁護士は着席した。

裁判長が発言した。

「それでは、今回の尋問はこれまでにして、次回の打ち合わせをして下さい。次回は被告弁護人からの尋問が中心ですが、ベンソン弁護士はいつが好都合でしょうか。」

「今日の記録ができて、検討する余裕を2週間ほどは頂きたいと存じますが」とベンソン弁護士。

「今日の記録は1週間以内にはできるはずですから、それでは4週間先以降ということで、具体的な日時はあとで検討して下さい。閉廷します」と宣言した。

カーター弁護士がナフィールド教授のところにやってきた。

「先生どうも有難うございました。さきほどの最後のはちよっとね。あのままだと、被告側に有利の印象で終わりそうなので念をおしました。法廷の常套手段なのです」と笑っている。ナフィールド教授は、“なるほど、そういうことか”と面白く思った。

「あの例の日本の論文の証拠採用の件はどうしましょう」とナフィールド教授。

「ああ、あれはちょっとここで議論しない方がよろしいと思います。後で先生に連絡させていただきます」とカーター弁護士。“ははあ、裁判所の思惑を考えてというようなことかな”と頭をひねりながら、

「それではこれで」といって、ナフィールド教授はカーター弁護士と別れた。

法廷の時間はほぼ予定通りで、ナフィールド教授は書店にいったちょっと時間をつぶした後、レストランで落ち合ってクスハラ医師と娘と食事をしてから、飛行機でニューヨークに戻った。

## 仮説を確認する実験

ニューヨークに戻って、次の週のはじめにカーター弁護士からナフィールド教授に電話があった。

「先日はどうも有難うございました。あれで裁判官の心証もずいぶんこちらに傾いたと思います。」

「そうですね。私もそう感じました」とナフィールド教授。

「ところで先生、あの日本の論文についてどうお考えでしょうか」とカーター弁護士。

「そうですね。日本語が読めないからといったって、英語に訳してあるんだから採用してもよさそうなものですがね。日本の法廷で英語の論文は採用しないとばかりはきかないと思いますよ。裁判官の意見は変えられませんか？」

「たしかに先生のおっしゃる通りなのですが、でも先生。一度、裁判官があのように宣言してしまうと、それをくつがえすのはなかなかむずかしいのです。理屈や議論でおしてくつがえすことに万一成功しても、こんどは裁判長の心証をわるくすることになると損ですから。」

「それはまあ、そうですね。でも、他に何かやりようがありますかね。」

「先生、ご無理をいって申し訳ありませんが、先生ご自身があの日本の論文と同様な実験を行って頂くことは考えられませんかでしょうか。」

「それは不可能ではありませんが、でもお金がかかりますよ。お約束の鑑定料ではとうてい不可能です。それに私は専門家ではないですし」とナフィールド教授。料金を釣り上げるのではなくて、面倒は避けたいという気持ちがつよいのである。

しかしカーター弁護士は食い下がってくる。

「いや、お金は何とかなると思います。どんな金額の費用がかかりますか。」

「それはまあ、ボランティアを募集してつかわねばならないので、その費用が大きいですね。脊椎麻酔だけなら、一人150ドルから200ドルというところが相場で

しょう。ただ、拘束時間が長いし、いろいろな薬物をつかうので、一人1000ドル近くなるかもしれません。普通は、データとして6人必要なので、まあうまくデータのとれない場合や予備をいれて10人というところでしょうか。その他は、検査に協力をいただく研究員の方々に日当を払うというようなことですね。器具とか薬は安いものです」といいながら、“そうか。実験して発表すればいいな。どうせ日本の論文は読まれないのだから”などとすばやく考えを切り替えた。

「そうすると、5万ドル位あればよろしいでしょうか。」

「それだけあれば十分ではないでしょうか。われわれとしても、実験するとすれば、それには研究としての意味が生まれますから、全額そちらに負担していただかなくてもいいのです。まあ、正確なお約束は今すぐはできかねますが。」

「その程度の金額でしたら何とかできるかもしれませんので、よろしく願い致します」というのがカーター弁護士の話である。

“でも弁護士がどうやってお金を作るのだろうか。まさか、原告に払わせるのではないだろう。

“もともと、このケースに勝てば、弁護士には少なくとも数十万ドル、多ければ100万ドル単位の収入が入るはずだから、その一部で先行投資するという考え方もありうるだろうかな”などと計算した。それから、

「確認ですが、この実験をして、その結果は学会や雑誌に発表してかまわないのですね。裁判の決着がつくまでは発表できないというのだと、少しまた考えが違いますが」と念をおした。

「そんなことはありません。サイエンスの部分は、そちらで自由につかわれてけっこうです。もちろん、裁判に勝つための実験だとはおっしゃらないで頂きたいのですが。」

「それはもちろんです。それではそんな考え方で、検討したり心当たりと相談して見ましょう」といって、電話を切った。

数日後、ナフィールド教授はヤング先生をさそって食事をした。ボルティモアでの鑑定尋問の報告などである。

「やあ、今晚はありがとう。そちらは順調？」とナフィールド教授。

「ええ、かわったことは何も。先生、ボルティモアの法廷はいかがでしたか」とヤング医師は直接テーマに触れてきた。ヤング先生は、カプランの論文を教えて以来、クスハラ先生のみつけた論文や鑑定書の進行なども教わっていて、“私も当事者の気持ちよ”と言っている。

「法廷は予定通りだったよ。一つ違ったのはね」といって、被告側の弁護士の質問をきっかけにして、原告側のカーター弁護士から食い下がられた話しをした。

「へえ、なるほど。同じことをいっても、印象が大切ということなのね。ちょっとおかしいみたい」とヤング先生。

「僕もそう思ったけれど、でも考えてみると当然かもしれないよ。法廷は言葉のやりとりだから、どうしても最後の部分の印象が後まで残るだろう。そうすると、そのところを自分有利の主張で終わった方が、裁判官に強い印象を与えられるということらしいんだ。」

「なるほどね。説明されればその理屈もわかるわね。」

「考えてみれば、学会発表だって、講演だってそうだよ。はじめに聴衆を引き付けておいて、最後に向かって盛り上げて、強い結論で終われば、“いい話しを聞いたな”と聴衆は満足してくれるでしょう。いくら、面白い話しでも、みんなが眠くなっている中ほどあたりに埋もれていけば、無駄みたいなものなものね」とナフィールド教授。

「ふーん。先生ってそんなことを考えて講演をデザインしているのかあ。私は、先生は先天的に話しが上手なのかと思っていたけれど。けっこうテクニックというか、計画してつくっているのね。」

「そりゃそうだよ。僕が先天的に有利なことといたら、背が高くてこちらからもむこうからもよく見えるだけさ。」

「うそ、うそ。本当は“おれは先天的に優秀だ”って思っているらっしゃるでしょう」とヤング医師がいう。からかっているのやら、甘えているのやら。



翌日、ナフィールド教授は早速知り合いの耳鼻科の医師に、日本の研究をやりなおすことを相談した。睡眠時無呼吸症候群を専門に研究している大学の仲間である。さらにこの領域に詳しい精神科の医師も交えて相談した結果、精神科の研究室にある睡眠検査室を利用してボランティア実験をすることになった。

「それは先生、費用のことはあまり心配いりませんよ。設備はありますし、耳鼻科と精神科が、このテーマでNIH研究費を受けていますから。まあ、ボランティアを募集するのと、使う薬とか脊椎麻酔の道具とかだけ、そちらで準備して下さい」というのが二人の専門家の意見である。

「まあ、発表の時にわれわれのだれかが共同研究者になるということで、このプロジェクトに加わって下さい」という。ナフィールド教授としても、これに異存はない。

“このテーマなら、アメリカ麻酔学会の研究費を貰える可能性もある。保険会社からも研究費が貰えるかもしれない。製薬会社からも補助が期待できるしな。これはなかなかいい研究プロジェクトだな”とナフィールド教授は喜んだ。

まず、カレッジの学生から、肥満体でいびきをかく、という条件でボランティアを10人募集した。ペイがよかったから簡単に集まった。“まるで赤毛クラブみたいですね”と学生の一人が冗談をいっている。例のシャーロックホームズの話の指しているつもりらしい。

教室の研究グループのうちから、このテーマに近い若者を精神科に派遣して、終夜睡眠観察に協力させた。脊椎麻酔と薬物投与、まさかの時の人工呼吸などは、もちろん彼の担当である。

それからクスハラ医師に協力をたのもうと連絡した。そのクスハラ医師の話。

「今朝、ハドソン川にそってジョギングをしていてね。へんな経験をしましたよ。」

「どうしました？」とナフィールド教授。

「よっばらいみたいな、麻薬中毒みたいな若い男に追いかけられたのです。」

「何もなかったのですね。」

「何ともありませんがね。私の方が速かったので、すぐ距離が開きましたし。ただ、ちょっと気味がわるかっただけです。」

「追いかけてきたのですか。」

「それがね、わからないのですよ。追いかけて何かしようとしたのか、それとも私が走っているのを見て自分も走りたくなったのか。」

「なるほど。先生のその話しをきくと私もちょっと走ってみたいくなりましたね。いつかご一緒させて下さいよ。」

ところで、とナフィールド教授はクスハラ医師に協力を要請した。

「先生、例の日本の研究ですがー」と説明して、実験のプランを述べる。

「いいですよ。私は専門家ではないけれど、この領域にまったく不案内というのでもないし。被験者としては不適當でしょうが。」

「まさかね。先生を実験台にするなんて。」

「でも、あの実験はたいした負担でもないし、千ドルも払ってくれるなら、むしろ進んで受けたいくらいですね。」

「ご冗談を。」

「ははは。まあ、私にできることでしたら何なりと。」

やり方も結果も、日本の実験と同じだった。ただし、無呼吸はもっと程度が強かった。ボランティアの肥満の度合がずっと強いから当然かもしれない。一つだけ違うのは、酸素を投与しない実験を加えた点である。そのかわり、パルスオキシメーターをつけて、血液の酸素がどこまで下がるかを観察記録した。

実験が順調に進みはじめたある土曜日の午後、教授とクスハラ先生と一緒にジョギングに出た。タクシーでハドソン川のほとりにでて、リバーサイドドライブの歩道を上流に向かって走り出した。ジョージワシントン橋まで行くつもりでいる。

「ワシントンまでどのくらいですかね」とナフィールド教授。

「10マイル（16km）位でしょう」とクスハラ先生。

「10マイルはきついな。半分位にしましょうよ。」

「かまいませんよ。ただ、帰りの交通がね。」

「そうか。私はただ行って戻るのかと思いましたが。」

「それでもいいのですが、帰りはバスか地下鉄を使うことにして、やはりなるべく遠くまで行く方が気分がいいでしょう。」

「それはそうですね。それじゃそうしましょう。」

ワシントン橋のずっと手前で、クスハラ先生が声をかけた。

「ナフィールド先生、ここで終わりにして戻りましょうか。」

「ああ、そうですか。助かったな。先生は強いものな。」

「すぐそこがコロンビア大学の大学病院ですが、そこに地下鉄の急行がとまる駅があるのですよ。」

「地下鉄に乗るのですか？ こわくないですか。私は何年も乗ったことがないけれど。バスかタクシーにしませんか。」

「大丈夫ですよ。これは安全です。」

「面白いな。アメリカ人の私が不安がって、日本人のクスハラ先生に逆に誘われているのだから。」

「ここから急行にのると、34丁目まで15分で行きますよ。」

二人は、汗をしたたらせながら地下鉄でダウンタウンに戻った。

実験の結果は劇的だった。データは7例でとれたが、その全例で、酸素飽和度の最低値が安全下限として設定した60%をすべて下回った。呼吸停止時間は最長値の平均が2分30秒を越えた。いずれも、酸素を与え人工呼吸して、実験中断を余儀なくされた。

ごく短期間にみごとなデータが集まって、研究に参加した研究者もボランティアも大喜びである。ナフィールド教授も大満足で、結果をさっそく簡単な論文形式の報告にしてカーター弁護士に知らせた。

“この研究のことはヤング先生にはまだ話してなかったな。早速知らせよう”とナフィールド教授は電話に手をのばした。

## 音楽デート

「先生、しばらく。実験はいかがでしたか。」

「ええ、うまくいきましたよ。今夜はその話しもあるのですがね。」

そういいながら、ナフィールド教授はその話題は切り出さない。ちょっと重いかなと考えているらしい。ヤング先生もそのことを感じたのだろうか。自分から別の話しをはじめた。

「ナフィールド先生はモーツァルトがお好きでしょ。」

「もちろん。“好き”なんていうレベルではないよ。オーバーにいえば、いつもモーツァルトと暮らしている感じね。カーステレオもウォークマンも、モーツァルトが鳴っていることがとても多いもの。コンサートやリサイタルは、モーツァルトとは限らないで、けっこうモーツァルト以外のものもいくけれど。」

「最近、とてもいいモーツァルトのピアノソナタのCDを手に入れたわ。ラローチャのよ。」

「ほう。ラローチャって、スペインの女流でしょう。モーツァルトを弾くとはしらなかったな。僕はシューマンとかシューベルトはもっているけれど。もう、いい年の人だよな。」

「そう、70歳ちかいのではないかしら。それも理由かもしれないけれど、ゆったりしていて音がゆたかなのよ。」

「遅いモーツァルトか。まだるっこくていらいらしないかい。」

「そんなことはないわ。聴いていてとても安心するのよね。それに、ゆっくりだけれど、上手よ。あの人は技術も素晴らしいでしょう。だから、とても余裕が感じられるわ。」

「うん、余裕が感じられる演奏というのは何となくわかるね。」

「私、モーツァルトのソナタが好きで、レコードだのCDだの、ずいぶん何種類も買ったけれど、はじめて満足できるものをみつけたという気分だわ。」

「ほう。それはたいしたものだね。僕も古いのはギーゼキングから、最近の新しいCDまでいろいろ聴いているけれど、どれも本当には満足していないな。」

「いい本とか、いいレコードにであった気分って何ともいえない、いい気持ちでしょう？今ちょうどそうなの。」

「うん、なるほどね。もっともね、いい演奏ということに関していえば、僕は“いい演奏とは何か”を科学的に分析してみたいんだ。」

「科学的分析って。」

「たとえば、さっき君が“余裕を感じる演奏”といったろう。“演奏に余裕を感じる”ということ測定してみたい、ということだよ。」

「だって、そんなの不可能でしょう？ 私の気持ちだもの。」

「不可能ではないよ。」

「どうやるつもり？」

「“演奏の余裕”って、一つは君のいうように技術に余裕がなくてはだめだけれど、それだけではないよね。他の要素もあるでしょう？ 技術的に上手でも余裕を感じないことも多いし。とって、ただ“ゆっくり弾く”という速度の問題ではないでしょう？ たとえばフレージングのことだと思うんだな。」

「フレージングって、何となくわかりそうだけれど。」

「一つのフレーズから次にフレーズに移るまでの間に、ほんのわずかだけれど、よぶんに時間かけるんものでしょう。」

「ええ、メトロノームではかるよりはね。」

「キャシーにしても、僕にしても“いい演奏”と感ずるのは、演奏者の意図と聴く側の期待が合致することだよな。」

「わかったわ。フレージングに関していえば、前のフレーズを味わい、次のフレーズに期待してほしいという演奏者の気持ちと、それを味わい期待する私の気持ちが合致するのがいい演奏ということね。」

「そう。もっというとね。こうなのかもしれない。一つのフレーズが終わって、次が鳴り出す際に、こっちが当たり前と思っているよりも、ちょっと遅れて音が出てくるとするよね。つまり、はぐらされるわけ。だけど、そのはぐらされる度合がほんの少しだとかえって快いのね。そのはぐらされて快いのが、“余裕”という印象になるのではないかな。“演奏の余裕”というのはムードの問題だけれど、リズムとかフレージングが少しはずれているという科学的な事実と対応するということね。」

「なるほど面白いわね。気分的なことが、科学的に分析できるなんて。」

「いや、分析できるとはっていないよ。できそうだなとか、やってみたいなとか考えているだけなんだ。まだ、手はつけていない。」

「今のあなたは忙しくて無理かしら。」

“忙しいといっても、夜とか週末なら可能かもしれないな”と教授は考えた。

食事がすんでから、ヤング先生に実験の経過などを説明している。“こういう話ができるのは、やはりキャシーだけだね”と感じている。

## 第2回証言

第2回証言は、結局第1回証言から3ヶ月後になった。実験とデータ整理、論文作成などに時間がかかったからである。

「ナフィールド先生、こんどこそは裁判を傍聴させて下さいよ」と、クスハラ先生はナフィールド教授に念を押した。前回断られて傍聴できなかったアメリカの裁判を、今度こそ傍聴したいというわけである。

「ええ、今度は二度目ですから、いいですよ。私もずっと気楽ですし。それにあれだけしっかりしたデータがありますからね」とナフィールド教授は承諾した。ボルティモアへは再び電車を使った。

開廷すると早速裁判長が発言した。

「今回は被告弁護士から鑑定証人に対する尋問ですが、その前に原告弁護士から追加尋問の申請がでています。そちらを先に許可します。」

これに応じてカーター弁護士が発言した。

「前回、日本での実験結果を証拠として申請しました。しかし、証拠としての採用が認められませんでした。そこで、鑑定人をお願いして、ニューヨーク大学でボランティアによる検査をいたしました。その結果を証拠として申請いたしましたので、採用をお願いします。」

「申請の内容を審査しました。妥当と考えるので、証拠として採用します」と裁判長。

「それでは、鑑定人をお願いします。本実験の概要を説明して、本件との関連を述べて下さい。」

「実験の概要を説明します。7例のボランティアで実験しました」といって、ナフィールド教授は実験のデザイン、結果などをまず説明した。



「次に、この実験が本件にかかわる意義を説明します。前回証言までの状況では、本件で患者の呼吸が停止して心停止が起こるといのは、理論的な推測でした。仮説のレベルに留まっていたともいえます。

「しかし、今回の実験によれば、本件の条件では、呼吸停止はかなり確実に発生することが証明されたと考えます。少なくとも、呼吸停止が高い蓋然性で発生することが証明されました。

「したがいまして、本件は、肥満者を対象とした脊椎麻酔に、ディアゼパムのような鎮静薬が加わったことによる呼吸停止が発生し、それが酸素不足を招いて心停止を起こしたものと結論します」とナフィールド教授は述べた。

「原告側は他に質問がありませんか」と裁判長。

「ございません」とカーター弁護士。

「それでは、被告側弁護人の尋問をはじめてください」と裁判長がベンソン弁護士をうながした。しかし、ベンソン弁護士はあつけにとられている。追加証拠がこれほどつよい意味をもつとは、論文を読んだ時点では理解できなかったのであろう。もう一度、裁判長にうなされたところで、“てがかりがみつかった”という感じでようやく尋問をはじめた。

「鑑定人の主張によると、本件の心停止は、肥満という患者の条件と脊椎麻酔という麻酔の選択と、鎮静薬を与えたという麻酔科医の行為によると解釈できます。そうすると、責任は患者と当該麻酔科医だけにあるということになりますね」とベンソン弁護士。

「いや、そうはいえません。直接的な要因はその通りですが、だからといって心停止になることはありません。ちょっと説明してよろしいですか？」

「どうぞ」と裁判長。

「肥満患者に脊椎麻酔をして鎮静薬を与えるという組み合わせ自体は、非常に頻度が高いものです。アメリカ中で脊椎麻酔がいくつ行われているか、正確な統計はしりませんが、おそらく年間 100 万件位行われているでしょう。その 10%程度は肥満者です。ディアゼパムは少なく見てもそのまた 10%位には使用しているでしょう。

「つまり、本件と同じ条件の患者はアメリカで年間1万人位もいることになります。しかし、もちろん事件は起こっていません。それは、麻酔科医が患者についていて、事件の発生を食い止めているからです。

「本件においても麻酔科医が患者のもとについていれば、おそらく対応できたでしょう。特に、パルスオキシメーターなどで呼吸をモニターしていれば、確実に対応したはずです。対応できなかったと考えるのは不自然です。

「実際、フォークナー医師の病院に対する要望書を見ますと、“脊椎麻酔の際の呼吸のモニターとして”という言葉も入っています。したがって、フォークナー医師は脊椎麻酔で呼吸の抑制される可能性を知っており、またパルスオキシメーター使用の意義も認識していたと推定されます。この要望に答えなかった病院の責任は重大です」とナフィールド教授は反論した。

結局、ベンソン弁護士は有効な質問をはなてないまま、質問を終了した。

「以上で、鑑定人に対する双方の尋問を終了します。異議はありませんね」と裁判長。それから言葉をついで、

「本件は、鑑定人への尋問とその証言によって、争点が非常に明らかになったと考えます。したがって、原告と被告の双方に和解を強く勧告します。なお和解が成立しない場合に備えて、約1ヶ月後にもう一度法廷を開き、そこで結審した後に判決に入ります。

「しかし、もう一度申しますが、本件は示談によって和解することが妥当と考え、そのように勧告します。それでは今日はこれで閉廷します」と宣言した。

今回はそのまますぐ電車でニューヨークへ帰った。帰りの電車の中で、ナフィールド教授はクスハラ医師に法廷の印象を聞いた。

「クスハラ先生、アメリカの裁判はいかがですか。」

「いやあ、あれでは一方的すぎてねえ。あんなに決定的な証拠が上がっては、裁判所も被告もぐうの音も出ないでしょう。先生は気持ちよかったかもしれないけれど、傍

聴している方はあまり面白くないですね。ゲームだってスポーツの試合だって、実力伯仲で接戦で白熱しなくてはね。」

「ご不満ですか。」

「もっと、いろいろと弁護士同士がやりあったり、証人の揚げ足をとったりする状況が展開してほしいですね」とクスハラ医師は笑っている。

「だって先生、あの実験はそもそも先生が探し出して教えてくれたものですよ。だから、先生がつまらなくした責任者です。私に文句を言わないで下さいよ」と、教授もクスハラ先生の冗談に対抗した。

「今度はこんな一方的なのではなくて、双方五分五分というやつを傍聴したいですね」とクスハラ医師が注文をつける。

「でも、先生。そうだと、先生は傍聴席で黙っていられなくて、一言発言したくなってしまうのではないですか。そうするとつまみ出されますよ」とクスハラ医師をからかった。二人は大笑いである。

数日後、カーター弁護士から連絡が入った。市が依頼している保険会社が間にはいって、示談交渉がはじまった由である。しかし、病院側は法廷での医学的説明に納得していないらしい。病院長は外科医出身だが、“そんな話は聞いたことがない”とがんばっているという。

被告代理人のベンソン弁護士は、“このまま続けると裁判所の心証が悪くなって不利だから、上手に妥協した方がいい”と進言している。保険会社も、同じことをいっているらしい。さらに保険会社は“さいわい、原告の妻が収入のある職業だから、賠償金は安く済むはずだし、それに患者の肥満も賠償を軽減する材料になるから”と説得しようと試みているという。“そうなんだ。そもそもだからこそ私も引き受けたのだった”と、ナフィールド教授はカーター弁護士からの最初の電話を思い出した。

しかし、病院側はあくまでも“証拠がない”で頑張ろうと主張していくつものようので、和解は成立しない。

## 判決：減額されたが

示談交渉は順調ではあったが、いかにもゆっくりだった。被告側の保険会社と弁護人は和解を強く主張した。しかし、病院と市がどうしても折れようとしなかった。病院当局が市に働きかける意志がないので、市はどうしようもない。

ベンソン弁護士は、判決を延ばして貰って、もう少しねばり強く病院と交渉することも考えたが、むしろ判決を出してもらって、病院にあきらめさせようとするようになった。

3ヶ月後判決をむかえた。ナフィールド教授は興味はあったが、わざわざボルティモアまででかけることはなかろうと考えて、ニューヨークにとどまった。クスハラ医師は“判決なんて、議論がなくてつまらない”といている。判決の結果は、カーター弁護士から知らせてもらう手筈ができています。

判決は原告の全面勝訴であった。

賠償金として、慰謝料を含めて200万ドル、それに訴訟費用として、使途の明確なものに50万ドルまで、と算定した。

請求金額よりも大幅に減額した理由として、裁判所はこう述べている。

「患者は極端な肥満体であった。仕事の種類からみて、肥満はある程度避けられないが、それにしても減量に努力した形跡がまったくない。

「また、喫煙量が非常に多かった。喫煙が心臓と肺に対して余分の負担となることは、医学的に確立している。

「さらに、患者は運動をまったくしていなかった。妻を含めて周囲のだれも、患者が運動しようと試みたのを認識していない。

「こうした事実が複合して、今回の障害を招いた一因となっているとも考えられる。つまり、事件は患者自身にも責任がある。また、本件の原因そのものが患者の心臓発作によって発生している可能性も完全には否定できない。

「さらにいえば、本件の事件に遭遇しなかったとしても、患者のこのような生活態度では、患者の余命も正常の人達に比較してかなり短かったものと推定せざるを得ない。また、他の病気もでる可能性が大きい。

「したがって、本件の事故死亡による逸失利益および慰謝料の算定において、通常の計算をそのままあてはめるのは妥当でない。その分を減額したものである」と述べている。

判決では、事件発生のメカニズムに触れている。

「本件はそもそも、脊椎麻酔下において鼠径ヘルニア根治術を受けるに際し、患者の心臓が停止したことが原因である。心臓停止の基礎としては、鑑定人ナフィールド教授が明確にしたごとく、患者の呼吸が停止して酸素不足をもたらし、それによって心臓が停止したものと推測される。鑑定人の詳細な実験研究によって、そのメカニズムも解明された。

「鑑定にあたり、たんに文献的な考察と論理的な帰結のみでなく、詳細な実験を行ってメカニズムを証明した鑑定人とその助力者に対して、裁判所として礼を述べておく。

「脊椎麻酔下において、呼吸と心臓の停止する可能性は、従来より知られていたようである、それにもかかわらず、そうした麻酔を受ける患者に対して、病院と市当局は十分のケアの体制を敷こうとしなかった。

「本件の事件発生とその不幸な結末の原因は、脊椎麻酔自体やそれを施行した医師に求めるべきではない。麻酔施行後のケアを不可能ならしめた体制を換えようとしなかった病院の施策が原因である。

医療者間の賠償責任の分担については、判決はこのべている。

「本件における直接の行為者はフォークナー医師である。しかし、フォークナー医師の責任はごく少ない。

「フォークナー医師は本件のような状況における事件発生の可能性を予測していた。そうした内容の文章を付して、麻酔科主任および病院当局に対して、当該病院の麻酔科医療の危機的な状況を詳細に記述し、それを訴えて要望書の形で提出している。

「さらに、麻酔科主任自身もこれを受けて病院当局に対して、同様の要望書を提出している。

「このような要望書は一回だけに留まらず、フォークナー医師から2回、麻酔科主任より3回の合計5回提出されている。

「しかるに、病院当局はこれにまったく対応しなかった。裁判において、病院は市に対して要望したと述べているが、その具体的な証拠を示すことはできなかった。裁判所も発見するに至らなかった。また、病院長ら病院上層部の本件に対する認識からみても、市に対して麻酔科医療の充実を要求していたと判定できるものではなかった。

「本件は、当該病院が一人の麻酔科医が二部屋を担当することを常態としていたこと、モニター機器の整備がまったく遅れていたこと、の2点において病院の責任が大きい。医師当人の責任はごく少ない。フォークナー医師個人は事件の直接行為者ではあるが、基本的にはむしろ被害者とさえ考えられる。

「フォークナー医師当人の落ち度としては、薬物の使用量がやや多いとも判断されるが、患者が肥満体で薬物の効果が得られにくい点を考慮すれば、これでも常用範囲内である。したがって、被告の責任は市（病院）が95%、フォークナー医師当人が5%と算定する。麻酔科主任には責任なし」と結論した。

「ナフィールド先生、全面勝訴です。ただ、賠償金はかなり減額されましたが」と、カーター弁護士らは、さっそく判決内容をナフィールド教授に知らせた。

「そうですか。どの位になりましたか」とナフィールド教授。

「250万ドルです。請求は1300万ですから、ずいぶん少ないですが。」

「減額の理由は何ですか。」

「被告の主張する、患者の肥満、喫煙、運動をまったくしないことなどです。それに心臓発作の可能性もゼロとはいえない、といった点です。」

「でも、肥満も喫煙も手術の時点ではわかっていたことですから、ちょっとひどいですね。」

「でも、先生。これでいいと思います。奥様としては満足されているようです。“私はまだまだ働けますから”とおっしゃっていました。お金の問題だけでもないですし。それに、あまり金額が大きすぎると被告側が控訴してくる可能性もあって、長引きますしね。」

「まあ、とにかく先生のおかげです。本当に有難うございました。」

「いや、私もお役にたってうれしいです。控訴はしないのですね。」

「はい、被告側が控訴しなければ、こちらはしない予定です。一応和解の交渉を続けます。」

ナフィールド教授は、判決の結果をクスハラ医師とヤング先生にしらせた。ヤング先生と祝杯を上げる約束をしたことはもちろんである。

## 和解

判決から2週間後、カーター弁護士からナフィールド教授に電話がきた。

「先生、今日、判決後2度目の示談交渉がありました。どうやら和解にこぎつけられそうです。被告側には控訴しようという意見もずいぶん残っていたようです。特に、病院長は強硬でした。」

「どういうことですか。」

「例の、“そんなことは聞いたことがない”とか“そんなことは起こり得ない”というあれですよ。立派な証拠が上がっているのに、頑迷ですね。」

「それをどうして説得しましたか。」

「まあ、いろいろあるのですが。和解しなければ、私達の方ももちろん控訴します。こういう控訴審では、賠償金が増額の可能性もありますしね。裁判所の心証は被告側が圧倒的に不利ですから、ということもいいました。」

「それはこたえたでしょう。」

「そうなのです。向こうの弁護士も保険会社も必死でした。弁護士は、和解しないなら上訴審の仕事は辞退するとまでいっています。保険会社も、一審判決までの金額なら払うが、被告側が上訴して結果的に賠償金が増額になったら、今度は一切支払いをしないと行ったようです。そういう契約条件らしいのですね。」

「なだめたり脅したりですね。」

「そうなのです。それで、結局病院側も折れました。」

「それでは、ようやく決着がついたわけですね。」

「ええ、今日のところは、まだ正式な調印まで行きませんでしたけれど。次回で調印できるでしょう」とカーター弁護士。

「他に異論はなかったのですか」とナフィールド教授。どうやら、自分の出番は完全に終了したらしい、少し残念だとも感じながら、質問した。



「実はね、一番強硬だったのは、意外にもフォークナー医師なのです。“自分には一切落ち度はない。病院に対しては要望書を出しているではないか”というのですね。それはまあわからんでもないですが、でもとにかく直接の行為者なんですよね。」

「そうですねえ。フォークナー医師の起こした事件ですものね。」

「それがフォークナー先生の理屈では、“自分の契約は市との雇用契約であって、患者との直接契約はない。だから患者に対する責任はない”というんですよ。」

「無茶だな。」

「でしょう？ その上、“脊椎麻酔を施行して患者を外科医にまかせた時点で、自分の仕事は終わっている。だから事件は自分と一切関係ないことだ”とまで言い出しましたよ。もっとも、ディアゼパムを注射したのはフォークナー医師ではなくて、外科医がナースに指示したので、その言い分には一理あるのですけれど。」

「病院が困ったでしょう。」

「市と病院がこんどは往生しましてね。フォークナー医師は賠償金と訴訟費用を12万ドルほど自分の医療過誤保険から負担するはずなのですが、それが理屈にあわないというのですね。」

「どのみち自分のふところが痛むわけではないけれど、自分の落ち度ではないことで、保険会社に負担をかけるのは理屈にあわないし気に入らないというのです。」

「今の時点では、フォークナー医師の保険会社は、示談に加わっておらず、こちらにまかせているのですが、フォークナー医師は示談に参加してもらえというのです。」

「普通は逆でしょう。保険会社の方がくびを突っ込みたがるものでしょう」とナフィールド教授。

「そうなんですよね。とにかく、あの先生はみかけによらず、とんでもない頑固者だと驚きましたよ。」

「まあ、私は直接の接触がなかったので特別どうとも感じませんでした。」

「結局、はじめの勢いはどこえやら、病院の方が折れて、フォークナー先生の12万ドルのうち10万ドルを負担することにしました。まあ、病院とすれば、250万ドルもの負担に10万ドル加わっても、たいした問題ではないでしょうし。もっとも、病院の保険会社の負担ですけど。とにかく、フォークナー医師がゼロというのもおかしいので、2万ドルだけ負担してもらうことで、ようやく説得しました。

「そういうわけで、お蔭様で無事和解が成立しそうです」というカーター弁護士の報告である。

ナフィールド教授は早速このニュースをクスハラ医師とヤング先生にしらせた。ヤング先生とは、もちろん今夜もデートを約束した。“この事件のお蔭で、ヤングさんとずいぶん親しくなったな”と思いながら、約束の場所に向かう準備にかかった。

## エピソード

事件の最終結末と登場人物のその後、さらに本文では明らかにするチャンスがなかった情報などを読者に明かしておこう。

和解は、カーター弁護士といった通りの条件で成立した。賠償金の金額は判決にほんのわずかに上乗せして妥結し、患者の家族は200万ドル余り、カーター弁護士は諸経費も含めて50万ドル弱を手にした。

ナフィールド教授は、通常の鑑定料として2万ドルを受け取っただけで、“骨をおった割にはたいした収入にはならなかったね”とちょっとぼやいている。でも、あまりお金にこだわっているわけでもない。それに、ヤング先生とデートする位しかお金のかかることもない。もっとも、この他に研究費として10万ドルをカーターさんから受け取った。こちらはずいぶん後のことだが、上記の50万ドルの一部らしい。

その後、ナフィールド教授に対しては、裁判所や弁護士からの情報提供の依頼や鑑定の依頼が多くなった。とって“殺到した”というほどではない。しかも、なぜか患者側からの依頼が多い。本当は、“病院や医師側からの依頼の方が、鑑定料がたくさん貰えて有利”と聞かされているので、不運をぼやいている。それでも、頼まれればいやといわずに頑張っている。

ナフィールド教授とヤング先生は、事件完了の後も頻りにデートしている。とって、結婚しようという雰囲気でもない。ナフィールド教授はサリーもたまにはさそっている。しかし、どうもヤング先生の方が調子がよさそうで、サリーはやきもきしている。もっとも、サリーにも他のボーイフレンドができたようである。

ナフィールド先生や耳鼻科・精神科のひとたちが行った実験は、翌年の学会で発表され、優秀発表に選ばれた。発表を担当した若い研究者は学会奨励賞を受賞した。論文が二つできて、いずれも学会誌に投稿してすでに受領されているので、まもなく掲載になるだろう。

クスハラ先生は、あいかわらず教室でふらふらしている。もう一年半位にもなる。知恵と知識のかたまりみたいな人であり、学生や研修医の指導も上手なので、それほど働き者ではないが、教室はそれなりに歓迎している。あちこちの研究プロジェクトに首をつっこんだり、助言を与えたり、ナフィールド教授にもときどき知恵をかしている。

最近、日本の麻酔と医療の特徴と問題点を紹介する講演を依頼されたが、その結果が好評だった。それ以来、けっこう各所から講演の依頼、書店から執筆依頼がきている。“僕の下手な英語の話しや文章をなぜだろうね”なんて言っている。でも、これはうそで、クスハラ先生らしくないテレだろう。本当は自信満々で、アメリカ中を飛行機でとびまわっている。

そうそう、ナフィールド教授が事件に協力のお礼として、クスハラ先生に 1000 ドルを贈呈した。先日来、自転車を購入して乗り回している。“ニューヨークはこれに限る”ということのようだ。“ナフィールド先生からいただいたお金で買いましたよ”と知っているが、特別な自転車ではないから 100 ドルか 200 ドルしかしないはずだ。

それからどうやって手に入れたのか、新型のパソコンを持ち歩いている。そちらがお礼の使いみちかもしれない。もっとも、講演のお礼にせしめたのかもしれない。

カーター弁護士のことを述べておこう。ナフィールド教授が推測した通り、カーター弁護士は独身である。年齢は 35 歳。結婚の経験はない。実は一度婚約したことがあるが、相手が結婚直前に交通事故で死んでしまった。もちろん子供はいない。ダニーはボーイフレンドではない。

カーター弁護士の仕事そのものは順調である。もともとそれほど忙しい人ではないが、最近は少しずつ仕事が増えてきている。なにしろ真面目なので、一部の人からは非常に信頼されている。

婚約者に死なれて以来、親しいボーイフレンドとか恋人はなかったが、ふしぎなことに、あの事件の後、被告弁護人のベンソン弁護士とつきあっているらしい。ベンソン弁護士の方から積極的にアプローチしたようだ。でも、時折食事して時間を一緒に過ごすという程度で、シリアスな関係ではなさそうだ。カーターさんだと、何でもシ

リアスになりそうだという印象もあるのだが。まあ、女と男の関係はどうなるかわからない。

ナフィールド教授がカーターさんに魅力を感じていたらしいのを覚えているだろうか。当時はそうだったが、結局一度もつきあうチャンスはなく、そのままになってしまっているようである。

## あとがき

本書は、カプランの論文と著者の経験を基に、ストーリーを作成している。ただし、テーマも、土地も、もちろん登場人物の人名もすべて換えてある。また、実在しない人物を自由に作りこんでいる。著者だけは、本名で登場させているが、それさえも実物とはずいぶん異なることは、著者を知っている方々にはわかるであろう。ようするに、本書には直接のモデルはない。まったく架空のお話しであることをお断りしておく。

ただ、こうもいえる。人物や場面の設定は架空であるが、内容は現代のアメリカの医療にまつわる事実に基づいていると。

## 訳者のあとがき

### 著者と内容のこと

しばらく前に、友人のナフィールド教授が“こんなものを書いたのだが”とあって、本書の原稿を送ってきた。読んでみると、同じ麻酔科医の訳者にも思い当たることが沢山あって面白い。そもそも医療過誤ないし麻酔事故のテーマ自体が興味深い上に、アメリカの事件ではあるが、日本の条件にもかなりの程度あてはまる。おまけに日本のことまで少し書いてある。

手紙をやり取りし、さらには電話でも話してみて、“それでは日本語訳しよう”ということになった。さいわい“日本語訳に関しては自由”という出版社の了承も得られたということである。原書の出版がいつになるのか、どこの出版社になるのか、訳者はあずかり知らない。

当たり前のことであるが、本書の内容は麻酔に関して非常に正確である。カプランの論文の引用にしても、ハーバードの基準やアメリカ麻酔学会の基準に対する考え方にしても、正確に引用している。内容も正確であるが、そのこと以上に基礎に流れている考え方の方がさらに重要である。上記の“麻酔の基準”は、現在のアメリカの麻酔の臨床の基本条項である。その基準の、そもそも第1項をはずすと何がおこるのか、を小説のメインテーマに据えている。著者が麻酔科医だからこそ、しかも麻酔科医としてしっかりした認識を持っているからこそ、はじめて書ける小説であろう。

ヤング先生は実在するのだろうか。実際のナフィールド教授は、小説と同様に最初の奥様をなくされているが、ずいぶん以前に再婚されている。ただし、相手は麻酔科医ではない。その二度目の独身時代の頃を思い出して描いているのか、あるいはもっと最近のことなのだろうか。それで気がついたが、小説のナフィールド教授は実際よりもずっと若々しい印象である。彼にとっての“青春小説”なのかもしれない。

“クスハラ先生”は？

文中に“クスハラ先生”という日本人医師が登場する。著者と訳者は親しいので、この人物に訳者が投影されていることは間違いない。ただし、訳者自身が全面的なモデルではないことは断っておきたい。下記の麻酔の“住み分け”のことは、訳者が何

かの折りに言い出して、著者と議論した記憶があり、その後ちょっと情報交換したので、この部分は全面的に訳者である。

一方、カプランの論文の実証の研究に関してはまったく思い当たることがない。この部分は著者の創作である。その外、訳者には思い当たらないことも多い。

訳者はこんな風に想像している。われわれ日本人からみれば、わざわざ“日本人”とことわられると、本物の“日本人”というイメージが強い。しかし、アメリカ人にとってみれば、日本人は“異邦人の一人”である。欧米系とは違った文化や主張をもった異邦人として、“日本人”というグループを扱っているのだろう。つまり、日本人とはいっても、日本も中国もインドも、それどころかアラブや東ヨーロッパまで含めて、アメリカからは地理上の距離や文化的な距離の遠い国々を、“日本”で代表させているのではないだろうか。そうして、何人かの友人を合成したものではないだろうか。

この点は、われわれ自身のことを考えればわかる。われわれ日本人も、たとえばアメリカ人とカナダ人を厳密には区別しない。スウェーデン人とノルウェー人の区別はもっとむずかしい。それどころか、こういう人達を一括して“白人”とか“外人”であらわしてしまうことも多い。そういう、“異国の情報”“異国人の考え方”を、アメリカの著者が“日本人”で代表させたのかもしれない。この辺は、あとで折りがあつたら訊いてみるつもりであるが、あまり詮索していない。

その位、この“クスハラ先生”は平均的な日本人らしくない。

### 麻酔の“住み分け”について

訳者にとって重要なことが一つある。それは、クスハラ先生がナフィールド教授に話す、日本の脊椎麻酔の現状分析とその経済的側面である。外科の医師が麻酔を引き受けている日本の現状に積極的な意義を認めて、麻酔の“住み分け”という考えを提案しているシーンである。

この考え方は、一部の読者をご存知の通り、訳者の主張そのままである。そうして、しばらく前に訳者が教授に話したことである。数字などはあとで調べて、メモにしてファクスした記憶がある。それがこういう形式で登場するとは予想もしなかったが、ともあれこの部分は訳者の主張というか、考えをそのまま正確に描いている。



## 薬品名など

薬品名は、原著ではアメリカの商品名を使用しているが、これは日本語で通じる一般名に直した。商品名の方がわかりやすいとも考えられるものもある。たとえば、一般名ディアゼパムは、アメリカでの商品名がヴァリウムで、原文はそうになっており、アメリカではこの方がはるかに通りがいい。日本でも、“セルシン”という名前がわかりやすいとも考えられるが、別に“ホリゾン”というのも割合に知られているので、結局ディアゼパムという一般名を採用した。これもそれなりに知られている。

## 引用論文について

本書の中で“カプランの論文”というのが大きな役割を果たしているが、これは事実である。ここに書かれているとおりのものが実在するので最後に載せた。これに対して、クスハラ医師のいう日本の論文、ナフィールド教授のアメリカの実験というのは、調べた限りでは見つからなかった。カプランの論文には年代と雑誌名が入っているのに対して、他の二つは内容しか書いていない点からみても、扱いが異なっているのがわかる。念のために問い合わせしてみたが、やはり著者の創作ということであった。

そうはいつでも、この実験はきわめて論理的に考えられており、あとは使用薬物の量とか観察の期間などを検討すれば、このまま研究プロトコールとして施行できよう。どこかの教室で実行したらどうだろうか。

もう一つ、裁判官が日本の論文の証拠採用を拒否するシーンがある。あとで議論しているごとく、日本だったら英語の論文を採用しないということは考えられない。裁判官のバックグラウンドが描写されていないが、著者の経験の中にこれに対応した事実があったらしい。“現在のアメリカでは、こんなことは考えられないのだが”ということである。しかし、一時代前のことなら頻回に発生したことは容易に想像できるから、そういう意味では不思議でない。訳者からみて、日本人として必ずしも不愉快でなかったが、結局アメリカの人達がこれを真似て実験を行って、それが採用されている経過になっているからであろう。

## その他

訳者はアメリカの裁判を傍聴したことがない。しかし、友人から聴いたりテレビなどの情景や描写から、アメリカは陪審制度が基本と考えていた。けれども、本書には陪審員や陪審の状況はまったく登場しない。陪審というのは、州によりあるいは裁判のテーマにより異なるのだろう。被告が選ぶこともあるらしい。それよりも、こうした事件はたいてい示談になるもので、これだけ本格的な裁判になることが、そもそもごく稀ということである。

学者や研究者としてのナフィールド教授はよく知っていたが、小説までかくとはと驚きながら、おもしろく読んだ。

翻訳はやさしかった。考え方がよくわかっており、用語も裁判関係のもの以外はすべて知っていることだった。さいわいニューヨークの地理もある程度は承知しているので、この点でも問題はなかった。ボルティモアの町は詳しくは知らないが、こちらは町の描写がないので特別なことはない。

諏訪邦夫

帝京短期大学

2012年 5月小改訂

**付記**：この作品はまったくのフィクションです。アメリカで書かれたものではありません。

執筆時期は明確ではありませんが、Caplan を引用しているので、1988年以降は確実に、一方元の原稿には「東京大学医学部麻酔学教室」という注記がありましたから、1996年以前です。その間のいつの時点かは明確ではありません。今回読んでみると少しアナクロニズムなところもありますが、基本的に面白くて気に入っているので、小さな改訂だけで発表します。

## 参考文献

Caplan RA, Ward RJ, Posner KL, Ward RJ, Cheney FW. Unexpected cardiac arrest during spinal anesthesia : A closed claims analysis of predisposing factors. *Anesthesiology*. 68:5-11,1988.